



**UNIVERSITATEA PEDAGOGICĂ DE STAT
„ION CREANGĂ” DIN CHIȘINĂU**

Facultatea Psihologie și Psihopedagogie specială

Catedra ASISTENȚĂ SOCIALĂ

TERAPII OCUPAȚIONALE ERGOTERAPIA

CURS UNIVERSITAR

PROGRAMUL DE STUDII SUPERIOARE DE MASTER

SERVICII SOCIALE ÎN DOMENIUL SĂNĂȚĂȚII POPULAȚIEI

CHIȘINĂU, 2023

Cursul universitar a fost aprobat la ședința Senatului Universității Pedagogice de Stat „Ion Creangă”, proces verbal nr. 11 din 25.05 2023

Autori: Valentina Stratan, dr., conf. univ., UPS „I. Creangă”

Victoria Plămădeală, dr., lector univ., UPS „I. Creangă”

Recenzenți: Viorica Cerneavschi, dr., lector univ., UPS „I. Creangă”

Maria Ianioglo, dr., conf. univ., US din Comrat

Unitatea se curs *Terapii ocupaționale* (Ergoterapia) este continuarea logică a cursurilor ce vizează pregătirea masteranzilor pentru abordarea teoretico-praxiologică a recuperării/reabilitării beneficiarilor cu probleme de sănătate fizică, psihică și socială. Cursul tinde să reflecte achizițiile științifice și experiența avansată în serviciile destinate reabilitării sociale a diferitor categorii de beneficiari prin intermediul terapiei ocupaționale. Unitatea de curs se încadrează în categoria unităților de curs de specialitate cu regim opțional, dezvoltate și adaptate domeniului de formare profesională. Cursul universitar dezvoltă, completează și structurează achizițiile profesionale din domeniul teoriei și practicii asistenței sociale și le extrapolează pe domeniile standardelor de competență profesională a specialiștilor din domeniul sănătății populației pentru asigurarea protecției sociale din perspectiva reabilitării și incluziunii sociale a persoanelor în dificultate.

Cursul universitar este destinat studenților masteranzi de la programul de studii superioare de master *Servicii sociale în domeniul sănătății populației* și tuturor celor interesați de problematica terapiei ocupaționale.

DESCRIEREA CIP A CAMEREI NAȚIONALE A CĂRȚII DIN REPUBLICA MOLDOVA

Stratan, Valentina.

Terapii ocupaționale : Ergoterapia : curs universitar : programul de studii superioare de master Servicii sociale în domeniul sănătății populației / Valentina Stratan, Victoria Plămădeală ; Universitatea Pedagogică de Stat "Ion Creangă" din Chișinău, Facultatea Psihologie și Psihopedagogie specială, Catedra Asistență Socială. – Chișinău : [S. n.], 2023 (CEP UPSC). – 52 p. : tab.

Aut. indicați pe verso f. de tit. – Referințe bibliogr.: p. 52 (14 tit.). – [100] ex.

ISBN 978-9975-46-828-2.

364.4:376(075.8)

S 90

© Stratan Valentina, 2023

© Victoria Plămădeală, 2023

© CEP UPSC, 2023

Tipar executat la Centrul Editorial-Poligrafic al Universității Pedagogice de Stat „Ion Creangă” din Chișinău, str. Ion Creangă, nr. 1, MD-2069

CUPRINS

INTRODUCERE.....	4
1. Contribuția unității de curs la formarea competențelor profesionale.....	6
2. Terapia ocupațională - abordare, scop și efecte.....	10
3. Ergoterapia - definiție, scurt istoric, clasificare.....	17
4. Bazele metodologice ale ergoterapiei.....	24
5. Valoarea recuperativ-terapeutică a ergoterapiei.....	32
6. Generalități.....	49
Surse bibliografice.....	52

INTRODUCERE

Tot mai multe științe colaborează în prezent pentru îmbunătățirea calității vieții omului. Dintre acestea amintim: științele socio-umane (economice și politice), unele discipline ca psihologia socială, ergonomia, terapia ocupațională, ergoterapia și studiul muncii, în a căror componente se include și îngrijirea sănătății populației. Sănătatea, concepută ca o stare dinamică, este expresia relațiilor interne, concrete ale organismului cu mediul ambiant, pe linia realizării unui echilibru activ cu acesta sau, altfel exprimat, este capacitatea de a răspunde la modificările acestuia printr-o adaptare corespunzătoare. Pentru realizarea acestui echilibru, a stării de sănătate, pe lângă măsurile profilactice și curative se impun măsurile de recuperare a capacității de muncă a celor care din anumite motive devin persoane cu nevoi speciale, cu limitări funcționale.

Recuperarea prezintă un aspect umanitar, dar și un caracter economic, prin faptul că tot ce se investește în scopul recuperării și reintegrării persoanei cu limitări funcționale în comunitatea productivă, se compensează ulterior sub forma creșterii potențialului uman. Recuperarea este un proces continuu, începând de la patul bolnavului până la reîntoarcerea acestuia în muncă. Activitatea de recuperare în esență urmărește refacerea deficientului și transformarea sa într-un membru activ al comunității în care trăiește. Lumea medicală caută căi de recuperare a forței de muncă, procesul fiind foarte complex. Procesul complex desfășurat în acest scop este continuu, el finalizându-se odată cu încadrarea subiectului recuperat într-o ocupație, de preferință remunerată.

Terapia ocupațională și ergoterapia sunt căi de obținere a acestui proces, cunoscute de mult timp și care se bazează pe conceptul că cel mai bun doctor pe care n-l oferă natura este activitatea, munca. Caracterul terapeutic al muncii este recunoscut de foarte mult timp, iar în acest domeniu munca este considerată metodă de tratament.

Actualmente se relevă pregnant rolul terapiei ocupaționale și ergoterapiei în reabilitarea socială a persoanelor care au probleme ale capacității de funcționare. Spectrul de acțiune al terapiei ocupaționale și ergoterapiei include probleme fizice, psihice, cognitive, psihologice și psihosociale. Terapia ocupațională și ergoterapia se bazează pe organizarea unor servicii specifice pentru acei indivizi ale căror capacități de a face față sarcinilor de zi cu zi sunt amenințate de tulburări de dezvoltare, infirmități fizice, boli sau dificultăți de natură psihologică sau socială. Totodată, ea este demersul de recuperare în situații speciale și nu numai, fiind necesar a sublinia faptul că, în momentele de activitate, se pot stimula dezvoltarea sentimentelor de cooperare, a spiritului de stăpânire de sine și de autocontrol, găsind satisfacții și împliniri în ceea ce fac.

Diferența între terapia ocupațională și ergoterapie constă în diversitatea formelor, în mărimea sferei de aplicabilitate și adresabilitate a celor două metode care urmăresc ca bolnavul,

prin îngrijire medicală să depășească stadiul de infirmitate și să poată deveni folositor lui și societății. Terapia ocupațională urmărește stimularea interesului bolnavului pentru activități oarecare, evidențiindu-se în acest context playterapia, artterapia, cultterapia, kinetoterapia, etc. Ergoterapia are la bază semnificația intrinsecă a muncii remunerate, exercitate prin reinsertie profesională și socială a bolnavului. Printre activitățile frecvent adoptate sunt: țeșutul covoarelor, confecționarea articolelor de croitorie, broderie, activitățile agricole (legumicultura, floricultura și pomicultura), etc. Recuperarea în cadrul ergoterapiei are un sens mai larg, incluzând aplicarea procesului medical cu finalitate socială în toate unitățile sanitare și de asistență socială, scopul medical fiind cel inițial, iar efectul activității de muncă fiind considerat cel mai fiziologic și eficace mijloc terapeutic.

Pe primul loc în activitatea de ergoterapie se află recuperarea deficitului, scurtarea perioadei de incapacitate de muncă, activitatea constituind și un mijloc de instruire a deficiențelor pentru obținerea unor câștiguri proprii, iar valoarea economică a acestei terapii situându-se pe plan secundar. Sarcina principală a ergoterapiei este de a ajuta bolnavul să realizeze conștiința de sine și să redobândească relațiile cu societatea, cu viața, să-i redea posibilitatea de a fi din nou activ, de a fi util lui însuși, dar și pentru societate.

Există și situații când activitățile de terapie ocupațională și ergoterapie se suprapun, parțial sau total, datorită modului de organizare, desfășurare și posibilitățile de finanțare. În alte situații însă, deși au puncte comune, se diferențiază clar. Unul din aspectele de diferențiere, prezentate pe larg de Al. Popescu în volumul “Terapia ocupațională și ergoterapia - de la eficacitate terapeutică, la eficiență economică” este chiar cel economic. Autorul consideră terapia ocupațională ca o metodă terapeutică care include și aspecte ale muncii și pregătirii pentru muncă, activitate finanțată de la bugetul de stat, prin intermediul unităților sanitare sau de asistență socială. Ergoterapia se desprinde, după opinia aceluiași autor, îmbrăcând o formă distinctă în cadrul întreprinderilor instituționalizate. În acest cadru, ergoterapia poate fi autofinanțată, își poate acoperi cheltuielile în totalitate sau parțial, prin venituri proprii, realizate din activități în ateliere, în grădini, etc.

În concluzie, terapia ocupațională și ergoterapia se opun inacțiunii, pasivității, renunțării, care sunt efecte ale spitalizării de lungă durată și prin măsuri de recuperare a bolnavului asigură întoarcerea acestuia la viața normală, la integrarea lui în societate.

Terapia ocupațională poate fi socotită o primă etapă în care se urmărește restabilirea capacității funcționale, iar ergoterapia, o metodă specifică readaptării socio-profesionale a bolnavului. Activitățile specifice acestor metode terapeutice îi stimulează, mobilizează energia acestora, voința, dorința de recuperare. Participarea bolnavilor nu se realizează prin constrângere sau prin crearea unor reflexe condiționate, ci pe suportul conștientizării, informării, sensibilizării

acestora de către terapeutul ocupațional și ergoterapeut, de medicul care prescrie activitățile și dirijează activitatea de recuperare.

1. CONTRIBUȚIA UNITĂȚII DE CURS LA FORMAREA COMPETENȚELOR PROFESIONALE

Sănătatea omului, deziderat de care depinde însăși calitatea vieții, este domeniul de studiu și activitate al multor științe, în principal al celor medicale și sociale întrucât "crearea de resurse sporite necesare progresului societății rămâne dependentă și de o creștere numerică a forței de muncă. În prezent, persoana cu deficiențe, care era considerată subiect de caritate sau/și filantropie, este tratată ca oricare om valid, cu perspectiva reluării locului în societate, prin participare activă, chiar productivă acolo unde este posibil.

Complexul de acțiuni și practici adoptate în direcția recuperării deficiențelor, indiferent de natura acestora, poartă denumiri diferite, cu toate că urmărește același scop comun. Astfel, termenul de reabilitare este folosit de anglo-americani, iar cei de readaptare și reeducare sunt folosiți în țările francofone. Dar, indiferent de terminologia folosită, activitatea de recuperare în esență urmărește refacerea deficientului și transformarea sa într-un membru activ al comunității în care trăiește.

Pornind de la constatarea că inactivitatea prelungită duce la pierderea capacității de efort și a aptitudinilor psihomotorii, organizarea timpului liber al bolnavilor face ca, după aplicarea tratamentului medical și ergoterapeutic, reluarea muncii să fie posibilă fără dificultăți importante de ordin fizic și psihic. În această idee, încă din perioada spitalizării, bolnavii trebuie să fie pregătiți pentru activitatea profesională practică (înainte de îmbolnăvire) sau dacă acest lucru nu este posibil, trebuie să fie reorientați și inițiați în alte profesii accesibile stării lor actuale.

Terapia ocupațională și ergoterapia s-au dezvoltat mai ales în cadrul profilelor tradiționale care sunt psihiatria și unitățile recuperatorii pentru deficienții motori, dar sunt deja extinse ca metode terapeutice și la alte profile ca: neurologie, geriatrie, medicină internă (cu excepția spitalelor de urgență), cât și în unitățile de protecție socială. Atât terapia ocupațională cât și ergoterapia au la bază realitatea persoanei deficiente. Ideea care conduce acest proces nu constă numai în a-l reintegra pe deficient în societate, ci în a-l împiedica să iasă din ea, dificultatea fizică nu trebuie să-l excludă din comunitate.

În realizarea obiectivelor terapiei ocupaționale și ergoterapiei sunt numeroase aspecte ce trebuiesc cunoscute și dezvoltate, cel mai important fiind introducerea lor în toate unitățile de recuperare indiferent de profilul medical al acestora. Crearea unităților sanitare și de asistență socială de profil, care să asigure condițiile necesare de tratament și timpul necesar pentru formarea unor deprinderi corespunzătoare unor munci adecvate deficienților cu anumite specificități sunt necesare.

Aspectele implicate, cele interdisciplinare, problemele specifice fiecărei specialități, de ordin fiziologic și fiziopatologic, de ordin social, posibilitățile de adaptare ale bolnavului la efort, metodele kinetoterapiei folosite nu sunt simple și necesită cunoașterea lor aprofundată.

O altă problemă a domeniului este cea a pregătirii specialiștilor pentru unitățile sanitare de profil, care să conducă la creșterea interesului și valorii acestor metode terapeutice.

Codul cursului	Număr de credite ECTS	Anul	Semestrul	Total ore	Total ore	
					contact direct	studiu individual
S.03.A.014 <i>Terapii ocupaționale (Ergoterapia)</i>	5	II	III	150	35	115

Disciplina *Terapii ocupaționale (Ergoterapia)* sintetizează opiniile științifice în domeniul reabilitării sociale a diferitor categorii de persoane deficiente prin intermediul metodelor specifice de restabilire a capacității funcționale și readaptării socio-profesionale. Unitatea de curs asigură formarea și aprofundarea cunoștințelor, dezvoltarea abilităților și competențelor, focalizate pe domeniul de abordare a terapiei ocupaționale și ergoterapiei orientate spre ajutorarea indivizilor să-și restabilească maximum posibil funcțiile restante și transformarea sa într-un membru activ al comunității în care trăiește.

Competențe dezvoltate în cadrul cursului

- Valorificarea programelor de terapie ocupațională din perspectiva științei de a dirija participarea în demersul de recuperare a indivizilor cu capacități reduse de natură fizică, psihologică sau socială.
- Identificarea liniilor directe specifice ergoterapiei ca componentă imanentă a terapiei ocupaționale în sistemul de servicii medico-sociale în domeniul sănătății populației.
- Proiectarea activităților de terapie ocupațională, utilizând creativ metodologii avansate în contextul strategiilor bazate pe organizarea unor servicii specifice pentru indivizii ale căror capacități sunt amenințate de tulburări de dezvoltare, infirmități fizice, boli sau dificultăți de natură psihologică sau socială.
- Monitorizarea respectării cadrului metodologic și asigurarea calității intervenției terapeutice pentru diferite categorii de persoane vulnerabile în vederea reintegrării în sistemul social.
- Dezvoltarea parteneriatelor eficiente în echipa multidisciplinară în baza potențialului formativ al colegilor, a familiei și altor factori implicați în procesul de recuperare și readaptare psihosomatică a beneficiarului.

- Desfășurarea și monitorizarea procesului de ergoterapie prin aplicarea metodelor de evaluare inițială și complexă, adecvate fazelor procesului de terapie ocupațională.
- Soluționarea constructivă a conflictelor și situațiilor de problemă prin comunicarea și relaționarea profesionistă cu diverse categorii de beneficiari.
- Autoevaluarea obiectivă a nevoii de formare profesională și identificarea resurselor de dezvoltare personală și profesională.

Repartizarea orelor pentru realizarea unităților de învățare

Nr. d/o	Unități de învățare	Total ore	Ore contact direct			Ore studiu individ
			C	S	L	
1.	Ergoterapia - definiție, scurt istoric, clasificare.	12	1	2		9
2.	Bazele metodologice ale ergoterapiei.	30	2	3	2	23
3.	Valoarea recuperativ-terapeutică a ergoterapiei.	33	2	2	3	26
	TOTAL	75	5	7	5	58

Metode și tehnici de predare și învățare în cadrul unității de curs:

1. *Curs*: prelegere (clasică, interactivă, problematizată); metode didactice: conversația, explicația, descrierea, dezbateră; tehnici didactice: Brainstorming, Harta conceptuală ș.a.
2. *Seminar*: prezentări ale documentelor naționale/internaționale, documentare, analiză comparativă, lucrul în perechi/echipă, problematizarea, studiul de caz, exercițiul, analiza SWOT, etc.
3. *Laborator*: observare dirijată; simulare didactică; modelare; joc de rol, proiect, învățare bazată pe sarcini de lucru etc.
4. *Studiu individual* în baza elaborării ghidate a unor produse diferențiate/individualizate/de grup precum sistem de sarcini aplicative/practice, rezumat, proiect, studiu de caz, situație-problemă etc.

Strategiile de evaluare includ: evaluarea inițială; evaluarea curentă; evaluarea periodică; și evaluarea semestrială (finală).

Evaluarea inițială este o evaluare predictivă/diagnostică și se va realiza la începutul unității de curs, va avea caracter interactiv, noninstrumental. Nota obținută de către student la evaluarea inițială nu se va lua în considerație la calculul notei semestriale. Notele la evaluarea inițială nu se vor înscrie în Catalogul grupei.

Evaluarea curentă (continuă) reprezintă o evaluare *formativă* și se va realiza continuu pe parcursul activităților în cadrul orelor practice, laborator și seminare în baza metodelor și tehnicilor complementare, cu accent pe autoevaluare și evaluare reciprocă. Notele pentru evaluările curente se vor introduce în Catalogul grupei academice.

Evaluarea periodică la unitatea de curs se realizează în baza unor probe scrise/orale/practice în perioadele reglementate: o evaluare periodică în semestrele ce includ stagii de practică. Notele pentru evaluările periodice se vor introduce în Catalogul grupei academice.

Evaluarea studiului individual presupune evaluarea unor produse diferențiate/individualizate, specificate în curriculum unității de curs. Nota/media notelor pentru activitatea individuală se vor introduce în Catalogul grupei academice.

Evaluarea semestrială (finală) la unitatea de curs se realizează în formă de examen scris/oral/mixt cu focalizare pe evaluarea de competențe. Nota semestrială se calculează ca media aritmetică dintre: nota/media notelor obținute la evaluările curente; media notelor obținute în cadrul evaluărilor periodice; nota/media pentru lucrul individual. Nota generală constituie suma notelor: semestrială înmulțită la 0,6 și a examenului de finalizare, înmulțită la 0,4. Rezultatele evaluării semestriale se introduc în Sistemul Informațional Managerial Universitar (SIMU).

Studiul individual la unitatea de curs *Terapia ocupațională (Ergoterapia)* include următoarele sarcini:

Nr	Unități de învățare	Unități de conținut	Produsul preconizat	Modalități de evaluare
1.	Ergoterapia-definiție, scurt istoric, clasificare	Ergoterapia: definiții, obiective, faze. Domeniile ergoterapiei. Elemente aplicative ale ergoterapiei.	Tabel sintetizat Glosar de termeni	Evaluare inițială
2.	Bazele metodologice ale ergoterapiei	Studii teoretice și aplicative în domeniul ergoterapiei. Procesul de ergoterapie și limitele raționalității terapeutice. Aspecte ale readaptării profesionale prin activități ergoterapeutice. Personalul de specialitate.	Comunicare „Ergoterapia și terapia ocupațională în contextul asistenței sociale.” Harta metodelor terapeutice. Comunicare „Rolul și atribuțiile ergoterapeutului - relațiile între cunoștințe și raționalități terapeutice în ergoterapie”.	Evaluare curentă (notare selectivă)
3.	Valoarea recuperativ-terapeutică a ergoterapiei	Analiza activității de terapie prin ergo. Evaluarea formativă în ergoterapie.	Tabel comparativ al efectelor ergoterapiei. Comunicare ”Ergoterapia și redobândirea	Evaluare curentă, (notare selectivă) Evaluare reciprocă

		Ergoterapia și redobândirea relațiilor cu societatea și viața. Valoarea economică și socială a ergoterapiei. Încadrare, reîncadrare sau reconversie profesională și socială a beneficiarului.	relațiilor cu societatea și viața”. Ppt ”Formare în ergoterapie – modele naționale și internaționale” .	Evaluare periodică nr.1
--	--	---	--	--------------------------------

La finalizarea programului de studii, studentul va demonstra că este capabil:

- să explice conceptele, teoriile și tendințele actuale privind terapia ocupațională și promovarea activității de muncă manuală cu rol educativ, indicată în scop terapeutic.
- să valorifice tezele de bază ale documentelor și actelor în domeniu, care fundamentează ocupațiile ergo concordate la structura și conținutul recuperării beneficiarului.
- să propună soluții proprii la situația beneficiarului prin valorificarea datelor sociale în corespundere cu deontologia profesiei și standardele de activitate.
- să susțină o comunicare și relaționare eficientă cu beneficiarii și alți actori sociali implicați.

2. TERAPIA OCUPAȚIONALĂ – ABORDARE, SCOP ȘI EFECTE

Prezentarea domeniilor medicale în care terapia ocupațională și ergoterapia sunt necesare ca metode terapeutice care au la bază ocupația și munca, conduc la ideea valorii lor în completarea actului medical recuperator. În prezent sunt puține servicii de terapie ocupațională și ergoterapie și acelea sunt organizate în spitalele cu profil psihiatric și în unele unități medicale pentru bolnavii somatici.

Terapia ocupațională (TO) este arta și știința de a dirija participarea omului spre îndeplinirea anumitor sarcini, cu scopul de a-i restabili, susține și spori performanța, de a ușura învățarea acelor abilități și funcții esențiale pentru adaptare și productivitate, de a diminua, sau corecta aspectele patologice și de a promova și menține starea de sănătate.

Terapia ocupațională se bazează pe organizarea unor servicii specifice pentru acei indivizi ale căror capacități de a face față sarcinilor de zi cu zi sunt amenințate de tulburări de dezvoltare, infirmități fizice, boli sau dificultăți de natură psihologică sau socială. Totodată, ea este demersul de recuperare în situații speciale și nu numai, fiind necesar a sublinia faptul că, în momentele de activitate, se pot stimula dezvoltarea sentimentelor de cooperare, a spiritului de stăpânire de sine și de autocontrol, găsind satisfacții și împliniri în ceea ce fac.

Cunoscând importanța terapiei ocupaționale ca demers de recuperare în situațiile speciale și nu numai, este necesar a sublinia faptul că în aceste momente de activitate se poate stimula dezvoltarea sentimentelor de cooperare și întraajutorare a spiritului de stăpânire de sine și de autocontrol, găsind satisfacții și împliniri în ceea ce face, aplicându-se indiferent de voința beneficiarului, dar ținând cont de ea.

Ca obiective, TO adresează:

- a) exersarea motricității fine, pregătirea pentru scris și activități școlare;
- b) îmbunătățirea orientării spațio-temporale, a coordonării motrice;
- c) educarea expresivității mimico-gesticulare;
- d) dezvoltarea sensibilității cromatice, muzicale;
- e) determinarea unor stări de deconectare, bucurie (descoperirea unor emoții artistice), susținute prin:

1. activități de expresie grafică (desene schematizate bazate pe poziții diferite a liniei, a figurilor geometrice: transformarea de forme);
2. activități de expresie plastică (desen liber, pictură digitală, desen tematic, pictură după model, desen ornamental, decorativ după natură);
3. activități de expresie corporală (mimare, pantomimă, dans, imitație);
4. activități de expresie verbală (revestirea liberă, orală, interpretarea de roluri, teatrul de păpuși);
5. activități de meloterapie (audiții muzicale, jocuri cu cântec, jocuri cu și fără mișcare).

Dacă ar fi să compartimentăm cele enumerate mai sus, vom menționa următoarele: meloterapie, artterapie, ergoterapie, expresie corporală (mi care, dans), terapie prin teatru, expresie verbală (povestea și basmul terapeutic), terapia prin joc, grafoterapia.

În practica terapiei ocupaționale, indiferent de compartimentul abordat, se evidențiază 3 aspecte:

1. Evaluarea pacientului - culegerea datelor, identificarea problemelor, luarea deciziilor terapeutice. Se face evaluarea initiala pentru stabilirea planului terapeutic si, ulterior, a aprecia eficienta terapeutica.
2. Interventia terapeutica: tratamentul ocupațional nemijlocit aplicat conform prescripțiilor specialiștilor și a informației obținute din procesul evaluării inițiale și pe parcurs.
3. Consultanta: indicatiile oferite de terapeut si reajustarea tratamentului ocupațional.

Există două modalitati de abordare terapeutica in terapia ocupaționala:

- Abordarea biomecanica utilizeaza principiile cinetice si biomecanice, precum și evaluarea pe baza bilantului muscular si articular al pacientului. De asemenea, terapia aplicată foloseste exercitiile fizice si ortezarea cu miscari gradate repetate ce vor imbunatati obiectiv performanta

persoanei. Prin această abordare a TO accent se pune pe refacerea amplitudinii de mișcare, a forței și rezistenței, stabilind modelul biomecanic al bolnavului - activitățile practice ce le poate desfășura, stabilirea activităților facilitatorii, stabilirea exercițiilor terapeutice.

- *Abordarea senzoriomotorie* folosește mecanisme neurofiziologice pentru a normaliza tonusul muscular și a reface controlul motor central. Sub acest aspect, TO se aplică ca terapie ce folosește secvențialitatea dezvoltării ontogenetice și mecanismele reflexe. Totodată, abordarea senzoriomotorie vizează creșterea gradului de conștientizare asupra părților afectate ale corpului și stabilirea modelului neurosenzorial al bolnavului. Dezvoltarea performanței ocupaționale a pacientului depinde de dezvoltarea neuropsihică, de starea funcțiilor integrative: senzitivomotorii, cognitive, psihosociale.

În contextul acestor abordări rolul terapeutului ocupațional este de a evalua performanța, mediul și necesitățile bolnavului, de a remedia și compensa deficitul și de a optimiza performanța pacientului. Baza teoretică a TO o constituie teoria centrată pe client cu scopul îmbunătățirii performanței ocupaționale prin activitate și a promova o stare de bine în mediu, astfel obținând o bună calitate a vieții. Totodată, TO apreciază experiența și cunoștințele clientului, realizând un parteneriat în procesul terapeutic centrat pe ocupație.

Istoria TO începe cu mii de ani în urmă și se confundă cu istoria diverselor forme de ocupații cu valențe terapeutice din cadrul dezvoltării istorice a omenirii. Astfel, munca, jocul și exercițiul, preponderent fizic, au fost folosite cu câteva mii de ani în urmă pentru calitățile lor curative pentru persoanele care le practicau.

Spre exemplu, încă din anul 2600 î.e.n., chinezii credeau că bolile se datorează incapacității organismului și de aceea recomandau practicarea exercițiilor fizice pentru recuperarea sănătății. Ei utilizau anumite exerciții fizice de gimnastică medicală, numită CONG-FU, considerate ca asigurând prelungirea vieții și determinând, în același timp, nemurirea sufletului.

Mai târziu, în Grecia Antică, calitățile exercițiului fizic au fost teoretizate convingător datorită contribuțiilor lui Socrate și Platon. Acești înțelepți ai antichității au pus în evidență relația strânsă dintre starea fizică și sănătatea mintală. Aristotel, la rândul său, afirma că educația corpului trebuie să o precedă pe cea a intelectului. Atenienii foloseau exercițiul fizic, în general, în reuniuni cu caracter social și cultural, iar spartanii pentru pregătire militară. Medici precum Hipocrate și Galenus, recomandau pacienților gimnastica ca formă de recuperare după boală. De asemenea, în Roma Antică, Asclepios pleda pentru masaj, băi și exerciții în scopul îmbunătățirii sănătății.

Jocul reprezintă o altă parte a activității popoarelor primitive, fapt dovedit de desenele și sculpturile provenite de la babilonieni, chinezi, egipteni etc. Spre exemplu, inscripțiile egiptene în piatră înfățișează scene de dansuri și jocuri practice de copii și adulți, în cadrul sărbătorilor și festivităților. Atât egiptenii cât și grecii, în perioada de dinaintea erei noastre, descriau petrecerea

timpului liber cât și jocul prin mijloace de tratare a afecțiunilor. Aurelius recomanda un program variat de recuperare pentru convalescenți, care includea plimbări, lectură, aruncarea discului, practicarea actoriei, mergând chiar până la participarea în călătorii pe mare, toate ajutând și grăbind, în final, vindecarea celor aflați în suferință. Putem observa că savantul respectiv a prevestit cu mult timp în urmă domeniile de acțiune, și totodată ramurile de bază ale acestei științe, și anume artterapia, ergoterapia și loisirul.

Mult mai târziu, în secolele XVIII- XIX, Pinel a inaugurat tratamentul prin muncă (care se va numi mai târziu ergoterapie), ca primă aplicație practică a terapiei ocupaționale. Metoda sa a fost introdusă în azilul pentru bolnavi psihici Bicetre, și a fost mai târziu descrisă într-o carte din 1801 ca fiind o combinație de „exerciții fizice și prescripții manuale”. În aceeași lucrare, savantul francez considera că reîntoarcerea pacienților săi la profesiile avute anterior bolii reprezintă proba cea mai bună a recuperării lor.

Ideea de terapie ocupațională a apărut în 1892 datorită doctorului Adolf Meyer, un emigrant elvețian care a lucrat în psihiatrie în Statele Unite. A observat că “folosirea adecvată a timpului pentru desfășurarea unei activități utile și satisfăcătoare s-a dovedit a fi o problemă fundamentală în tratamentul oricărui pacient neuropsihiatric” (Meyer 1922).

Din acel moment, terapia ocupațională s-a dezvoltat într-un mod ușor diferit peste tot în lume. Termenul “terapie ocupațională” a apărut la începutul secolului XX, iar primele școli în Europa unde a fost studiat acest concept a apărut în jurul anului 1940.

Terapia ocupațională se preocupă în primul rând de asigurarea sănătății și funcționării optime a individului în mediul său de existență. În acest sens, Mosey subliniază ideea conform căreia terapia ocupațională este preocupată, în primul rând, „să ajute individul să-și dezvolte deprinderile adaptative ilustrate în comportamente învățate, care-i permit să-și satisfacă nevoile personale și să răspundă cerințelor mediului.” În cadrul terapiei ocupaționale accentul se pune pe caracteristicile individului în relație cu societatea și cu lumea în care trăiește. Cunoștințele pe care le acumulează această disciplină se bazează pe informațiile dobândite din domeniul anatomiei, fiziologiei, pedagogiei, psihologiei, sociologiei, antropologiei și, în, general, pe cunoștințele provenite de la majoritatea științelor care studiază comportamentul omului.

Terapia ocupațională este forma de tratament ce folosește activități și metode specifice pentru a dezvolta, ameliora sau a reface capacitatea suferindului de a-și desfășura activitățile necesare vieții de a compensa disfuncții și a diminua deficiențele fizice (American Occupational Therapy Association, 2008).

Terapia ocupațională contribuie la remodelarea personalității, realizând detensionarea și dezinhibarea acesteia acolo unde terapia de tip clasic își dovedește limitele. S-a demonstrat că temperamentul și caracterul pot fi educate cel mai bine prin intermediul activității organizate pe

grupuri, iar aptitudinile și talentul pot fi puse în evidență numai prin intermediul analizei produselor rezultate în urma activității desfășurate. De aici decurge importanța deosebită pe care, în prezent, o au activitățile de terapie ocupațională.

În terapia ocupațională „învățarea prin acțiune” este superioară tuturor celorlalte forme de învățare. Fiind, în esență, activă, ordonată, terapia prin activități practice și muncă se opune inactivității, sau izolării, efectelor frecvente ale bolilor, spitalizărilor și instituționalizării de lungă durată a deficiențelor. Odată cu atragerea subiectului către activitățile de muncă, aceste activități le mobilizează energia, voința și dorința de recuperare.

Scopul primordial al TO este cel medical (de promovare a sanatații și stării de bine) și apoi cel economic-social, urmărindu-se efectul terapeutic prin munca, prin activitate. În acest sens, terapia ocupațională stimulează încrederea în sine a bolnavilor și dezvoltarea firească a personalității; organizează un program de mișcări dirijate în condiții de lucru; constată capacitățile și inclinațiile restante ale bolnavului; corelează recuperarea medicală cu cea profesională, realizează reinsertia cât mai rapid cu putință în viața socială, economică și profesională.

Capacitatea de a acționa este ceva de care persoana are nevoie în fiecare zi, în aproape fiecare moment din viață. Întodeauna apare nevoia în abilitatea de: a planifica o activitate, a o începe o activitate, a desfășura activitatea într-un mod satisfăcător, a finaliza activitatea cu succes (sau cel puțin să fii capabil să faci față unui rezultat negativ și să înveți din el).

Abilitatea de a trai independent este un scop comun pentru terapia ocupațională și tratamentul medical (în general) pentru că include abilitatea de a acționa neasistat. Astfel, pentru a atinge o calitate a vieții satisfăcătoare, oamenii au nevoie să fie capabili să acționeze. Pentru aceasta este nevoie de anumite abilități. În TO acțiunile întreprinse se focalizează pe următoarele direcții:

- încredere în sine, stimă de sine,
- abilitatea de a lua decizii,
- responsabilitate pentru propria persoană,
- toleranța la frustrare,
- gestionarea fricii, tensiunii și agresivității,
- exprimarea emoțiilor,
- dezvoltarea conștientizării corpului,
- comunicare și abilități sociale,
- potențial și energie,
- contactul cu realitatea,
- structurarea vieții de zi cu zi,
- contact social și abilități de comunicare,
- dezvoltarea potențialului creativ și a vitalității.

În procesul tratării, specialistul în TO este preocupat de două aspecte fundamentale:

- să realizeze însușirea de către subiect a unei deprinderi pierdute sau cu un nivel scăzut de funcționare;
- să contribuie la învățarea de noi deprinderi și abilități de către subiect, menite să le compenseze pe cele care au dispărut din diverse motive.

Pedalând pe îmbunătățirea calitativă a existenței persoanei încă din cele mai vechi timpuri, terapia ocupațională a rămas, până în prezent, o „știință” și o „artă” fundamental implicată în recuperarea și adaptarea persoanelor aflate în dificultate, la societatea în care trăiesc. De aici și toate activitățile ocupationale cuprind:

- Autoangrijirea: hranire, spalat, imbracat, pieptanat, mobilitate si transfer, manipulare deobiecte,
- Activitati lucrative,
- Activitati educationale,
- Activitati recreative: jocuri, sporturi, hobby,
- Alte activitati.

Indiferent de natura și conținutul activităților, rolul terapiei ocupationale se va rezuma la:

- evalueaza activitatile ocupationale ce le poate executa bolnavul (in trecut si in prezent),
- identifica disfunctiile activitatilor ocupationale,
- remediaza sau compenseaza disfunctiile din activitatile ocupationale,
- faciliteaza restructurarea schemelor de miscare alterate,
- foloseste activitati practice ocupationale in tratamentul deficientelor,
- implementeaza un stil de viata cu sens pentru bolnav prin integrarea in munca s i imbunatatirea calitativa a timpului prin activitati recreative si educationale,
- previne efectele dizabilitatii prin interventia educativa si terapeutica,
- optimizeaza potentialul fizic, emotional, cognitiv, functional al bolnavului,
- selecteaza ocupatiile cu efect terapeutic,
- evalueaza si adapteaza mediul psihosocial si fizic al bolnavului pentru ai imbunataticapacitatile functionale.

Specialiștii în TO subliniază principalele efecte ale terapiei ocupaționale:

- posibilitatea de a fi implicat în activități plăcute, care necesită atenție, determinând scăderea anxietății,
- contribuie la creșterea respectului de sine datorită achizițiilor și promovează plăcerea prin activitatea simplă de „a face”.

Soluțiile care stau la îndemâna terapeutului ocupațional, pentru stimularea motivației subiectului și diminuarea efectelor negative ale factorilor de stres constau, în principal, în angajarea persoanelor în activități în care să se obțină succese, pentru a le reda încrederea în forțele proprii. De asemenea, pentru asigurarea unui optim motivațional pentru activitate, este important să se asigure cooperarea deplină a persoanei în cadrul procesului de recuperare.

În cadrul desfășurării activității de terapie ocupațională, terapeutul desfășoară o trecere continuă de la aspectele formative la cele informative, cele dintâi deținând, însă, ponderea cea mai importantă. Componentele performantei ocupaționale formative țin de:

- Schemele comportamentale învățate ce compun activitățile ocupaționale,
- Schemele de mișcare ce stau la baza activităților ocupaționale.

Recuperarea prin terapie ocupațională îmbracă mai multe forme: *terapia educatională*, *ludoterapia* și *ergoterapia*.

Terapia educatională este o formă de terapie utilizată pentru a ajuta indivizii care prezintă diferențe la nivel de învățare sau persoanele cu anumite dizabilități. Această formă de terapie oferă o gamă largă de intervenții intensive care sunt create pentru a remedia problemele de învățare. Aceste intervenții sunt individualizate și unice pentru fiecare persoană.

Acest tip de terapie ajută persoanele cu dizabilități să-și consolideze capacitatea de a învăța, prin implicarea în activități care le dezvoltă capacitatea de procesare, concentrarea și abilitățile de memorare. Utilizând o varietate de metode și materiale de învățare, această terapie permite membrilor participanți la programe, dobândirea anumitor competențe.

Pentru că fiecare persoană învață diferit și procesează informația într-o manieră unică, informația este preluată prin intermediul celor cinci simțuri. Unele persoane învață mai bine privind (învățare vizuală) în timp ce alții învață mai bine auzind anumite informații (învățare auditivă). O altă metodă practică, care pentru unii se dovedește foarte eficientă este învățarea tactilă, un stil de învățare care are loc atunci când individul desfășoară o activitate fizică, mai degrabă decât atunci când ascultă o prelegere sau când vizionează o demonstrație.

Ludoterapia contribuie la depistarea și patrunderea în intimitatea complexă a Eu-lui copilului cu dizabilități, a mecanismelor motivationale și a resurselor afective în stabilirea relațiilor cu ceilalți, la antrenarea în activitate și la formarea sistemului atitudinal, ceea ce facilitează dezvoltarea personalității. Ca atare, psihoterapia prin joc contribuie la refacerea psihofizică a subiectului și la facilitarea diverselor modalități compensatorii, ducând în final la recuperare.

Jocul conceput ca învățare și terapie se înscrie în noua tendință de evoluție a metodelor de predare-învățare, care urmăresc să transforme rolul profesorului-terapeut și să acorde noi

posibilitati copilului deficient mintal. Jocul-invatare si terapie incepe sa ocupe un loc din ce in ce mai bine definit in categoria metodelor, tehnicilor care dezvoltă capacitatea de observare, de analizare si de operare cu operatori logici, intr-un cuvânt, care dezvoltă abilitati de invatare si dezvoltare.

Ergoterapia sau activitatile de tip lucrativ sunt un mijloc de exprimare, permitand persoanei sa creeze in realitate ceea ce a vazut, trait sau imaginat. Activitatile ergoterapeutice implica gandire, planificare, presupunere si alegere, pentru ca la finalul activitatii, individul sa fie mandru ca a creat o jucarie, un panou decorativ sau un obiect util. Acest lucru ii da un sentiment revigorant si ii confera un simt al realizarii si increderii in sine. Activitatile ergoterapeutice cu ajutorul uneltelor ajuta la dezvoltarea membrelor superioare si contribuie la progresul capacitatilor de coordonare. In general, prin activitatile de ergoterapie se obtine progresul si nu regresul personalitatii umane, fie ea cu handicap sau nu.

Terapia ocupationala ofera metode variate, activitati placute, distractive, pentru a imbogati deprinderile cognitive, fizice si motorii si pentru a spori increderea in sine. Cu ajutorul terapiei ocupationale, un pacient cu probleme in dezvoltare va invata sa interactioneze cu membrii familiei si sa dezvolte relatii sociale cu alte persoane si parteneri de viață și activitate.

Cele mai largi domenii de aplicare și acțiune ale terapiei ocupationale și ergoterapiei sunt cele cu specific patologic de psihiatrie, neurologie și recuperare neuro-motorie, pulmonar, reumatologic, geriatric, pediatric și afecțiunile care sunt tratate în cadrul balneofizioterapiei. În unitățile sanitare cu aceste profile se pot introduce activități de terapie ocupatională și ergoterapie în scopul măririi eficacității medicale și al creșterii eficienței economice.

3. ERGOTERAPIA - DEFINIȚIE, SCURT ISTORIC, CLASIFICARE

Recuperarea prin ocupație și muncă este un domeniu de activitate complexă, prin care se urmărește restabilirea cât mai deplină a activității funcționale pierdute de un individ în urma unor boli sau traumatisme, precum și dezvoltarea unor mecanisme compensatorii care să-i asigure posibilitatea de muncă sau autoservire, respectiv o viață activă cu independență sau semiindependență economică și socială, domeniu în care ergoterapia acționează foarte eficient.

Ergoterapia reprezintă etapa cea mai complexă a kinetoterapiei, veriga indispensabilă între aceasta și reluarea vieții de zi cu zi. În literatura de specialitate ergoterapia este definită în două moduri:

- În sens larg - ergoterapia este sinonimă cu terapia prin muncă ca metodă în cadrul terapiei ocupationale.

- În sens restrâns - procedeu de recuperare ce se desfășoară în cadrul atelierelor sau unităților productiv specializate din spitalele și instituțiile de asistență și școli speciale.

Istoricii au găsit originea ergoterapiei încă în scrierile medicilor din antichitatea greacă și a succeselor lor. În anul 450 î. Ch., Herodicus recomandă, în scop terapeutic, aplicarea exercițiilor preluate din arta războiului. Printre alți susținători ai practicării unor activități, utile sau amuzante, în scop terapeutic au fost și Asclepiades și Hippocrate.

În primele secole ale erei noastre, printre susținătorii acestei idei s-au numărat și Celse, Galien, Aurelianus. Până în sec. XVIII, medici renumiți s-au ocupat de această problemă, dar începând din 1700 ocupațiile terapeutice iau o amploare deosebită datorită cercetărilor remarcabile ale francezilor Andry, Tissot și Pinel și a englezului Fuller.

Chirurgul francez J.C. Tissot demonstrează, în 1780, eficiența ergoterapiei („prin mii de jocuri, ocupații sau meșteșuguri”) în tratamentul paraliziiilor și arată că indicațiile acestui tip de ergoterapie și modalitățile de aplicare depind de natura infirmității și de particularitățile lucrului corectiv și presupun cunoștințe anatomice și medicale profunde.

Psihiatrul francez Philippe Pinel, recomandă, bolnavilor psihici exerciții fizice și ocupații manuale, oferind și modele de organizare a acestor activități (inserate în lucrări ca: „Tratat privind tratamentul moral al demenției” – 1791 – și „Tratat medico-filozofic asupra alienării mintale” - 1809).

După aceste modele, în sec. XIX, alți cercetători ca William Tuke în Anglia, Johann Reil în Germania, Thomas Scattergood în America, înființează centre de ergoterapie, mai ales pentru bolnavii mentali.

În perioada primului război mondial, răniții și mutilații beneficiau de:

- reeducarea funcțională în servicii spitalicești special amenajate;
- reeducarea profesională, care avea ca scop să le permită reluarea vechii meserii sau învățarea unei meserii noi compatibile cu posibilitățile lor.

Treptat, ergoterapia se extinde și la alte grupe de afecțiuni decât în bolile psihice, mai ales în afecțiunile traumatice și în sanatoriile de tuberculoși.

După anul 1909 încep să apară preocupări pentru pregătirea personalului specializat în acest domeniu, începându-se cu cursuri de scurtă durată și continuând cu înființarea unor adevărate școli (SUA, Canada, Anglia, etc.)

În primul război mondial, Eva Reid a introdus termenul de „ergoterapie”, pentru a denumi o metodă de kinetoterapie pentru diverse tulburări fizice sau mentale – metodă care utilizează exerciții și procedee fizice din diverse activități umane obișnuite (de muncă, de viață, de divertisment, etc.)

Termenul de „ergoterapie” a fost preluat de școala franceză, deși în SUA el fusese deja înlocuit de către George Edward Burton (New York, 1915) cu acela de „terapie ocupațională” considerându-se „ergoterapie” ca fiind un termen prea limitativ (cuprinzând exerciții doar din sfera muncii).

În 1921, definiția acestui termen a fost formulată de către Dr. H. A. Pattison în felul următor: „Occupational Therapy poate fi definită ca fiind orice activitate mentală sau fizică, prescrisă și dirijată, pentru a contribui la refacere, în urma unei boli sau unei leziuni”.

În timpul și după cel de-al doilea război mondial, reînvie interesul pentru ergoterapie și preocupările se diversifică, luând o amploare deosebită, se înmulțesc școlile de ergoterapie, care cresc cadre specializate pentru toate domeniile medicinei.

Școala anglo-saxonă de „Occupational Therapy” pătrunde în Europa și, mai ales, în Franța, ergoterapia franceză dezvoltându-se apoi în centrele de reeducare pentru adulți, copii și bătrâni, cât și în diverse centre sau servicii de sănătate mintală, conformându-se doctrinei, programului și regulamentelor internaționale; „Asociația Franceză a Ergoterapeuților” (ANFE) devine membră a „International Federation of Occupational Therapy” (înființată în 1951 și având primul congres la Edimbourg).

În 1968, „American Association of Occupational Therapy” definește „Occupational Therapy” ca fiind „arta și știința de a dirija modul de răspuns al omului față de o activitate, menită să promoveze și să mențină sănătatea, să împiedice evoluția spre infirmitate, să evalueze comportamentul și să trateze sau să antreneze pacienții cu disfuncții psihice sau psihosociale”.

În anul 1969, în Federația Mondială, deja erau cuprinse 19 țări, 15000 de ergoterapeuți erau cuprinși în asociații naționale și în cele 90 de școli de ergoterapie existente în lume se pregăteau aproximativ 7000 de studenți.

Menținerea, în paralel, a termenului de „ergoterapie” în unele țări, este justificată prin faptul că, în limba greacă, cuvântul „ergon” nu înseamnă neapărat muncă, ci activitate fizică. S-au folosit și termeni ca „terapie artizanală” sau „praxiterapie”, dar aceștia nu s-au generalizat.

Enciclopedia franceză de Kinesiterapie definește ergoterapia ca fiind „o metodă de tratament a anumitor tulburări fizice sau mentale, prescrisă de medic și aplicată de specialiști calificați, folosind munca, sau orice altă ocupație, în vederea vindecării afecțiunii sau sechelelor sale”. Au fost date și alte definiții, unele foarte simple ca „terapie prin muncă” sau „terapie prin ocupație”, altele mai complexe.

Considerată o „metodă specială”, ergoterapia reprezintă de fapt un complex de metode care își mențin individualitatea prin scopul urmărit și prin particularitățile procedeelelor utilizate.

Ergoterapia fiind un domeniu de aplicații practice are virtuțile benefice ale activității în întreținerea organismului sănătos și în recuperarea celui suferind.

Diversele mișcări pe care le presupune o tehnică de muncă formează un tot care realizează o sinteză psihologică și fizică. Analiza anatomică și fiziologică a gesturilor necesare pentru a crea un obiect fac din ergoterapie o metodă cu adevărat recreativă. Ea este dominată de regula celor 3 R, cheia recuperării motorii (mai ales după Les Journées de Kinesithérapie – Paris, 1959):

- recuperarea analitică,
- readaptarea sintetică și
- reantrenarea la efort.

Rațiunea fundamentală a eficacității ocupației, ca terapie, este ca fiind unicul proces care implică performanța motorie individuală, funcții integrate ale sistemului nervos, atenție mentală, soluționarea problemei și satisfacția emoțională în sarcinile definite și puse.

Efectele recuperării, în cadrul ergoterapiei, au un sens mai larg ce impune aplicarea acesteia ca proces medical cu finalitate socială.

Organizarea terapiei prin ocupație și muncă include, în general, spitale de profil psihiatric. În ultima perioadă asistăm, însă, la un început promițător de introducere și generalizare a acestei forme de terapie în unitățile pentru:

- bolnavi somatici,
- în unități de profil geriatric,
- încercări de organizare a unor cercuri de ergoterapie pentru vârstnici deficienți,
- în tratamentul ambulator,
- în centre de zi/de plasament, aziluri pentru persoane de vârsta a treia.

În prezent, în țara noastră sunt puține servicii de ergoterapie, motiv pentru care reținând caracterul recuperator al muncii dirijate și supravegheate și efectele morale și materiale ale ergoterapiei, se pledează în sprijinul necesității aplicării acestei metode terapeutice în toate unitățile sanitare, cu paturi și ambulatorii, nu numai în profilele tradiționale (ca psihiatria și unitățile pentru handicapați motori), ci și în celelalte profile ca: neurologie, geriatrie, medicină internă, pneumologie, etc., precum și în unitățile de ocrotire și asistență socială.

Scopul pe care și-l propune ergoterapia, categoric afirmat în definiție, este vindecarea afecțiunii și a sechelelor sale, metoda dorindu-se un veritabil tratament, complementar mijloacelor clasice. Încercarea de a se asigura reinsertia individului în viața socială productivă realizându-se printr-o strânsă și unitară colaborare a tuturor specialiștilor care urmăresc atingerea diverselor obiective propuse, dovedește că ergoterapia este o formă modernă și interdisciplinară de asistență medico-socială care se deosebește de medicina clasică prin preocupările ei complexe față de individul bolnav.

Ergoterapia trebuie privită și înțeleasă într-o perspectivă largă, deoarece este o terapie de un tip aparte, care se adaugă celorlalte în încercarea de a corecta tulburările funcționale, prin

practicarea chiar a ocupațiilor care pun în acțiune funcțiile deficiente. Astfel, fiind o modalitate complexă (bio-psiho-socială) de recuperare, ergoterapia devine „un stimulator al societății umane”

În general, scopurile ergoterapiei sunt:

- stimularea încrederii în sine a bolnavilor și dezvoltarea firească a personalității lor;
- organizarea unui program de mișcări dirijate în condiții de lucru;
- constatarea capacităților și înclinațiilor restante ale bolnavului;
- corelarea recuperării medicale cu cea profesională;
- reinsertia, cât mai rapid cu putință, în viața socială, economică și profesională.

La copil, scopul ergoterapiei este același ca la adult, dar mai vast, deoarece organismul tânăr este în plină dezvoltare și, în cazul unor accidente sau îmbolnăviri, multiplele funcții care se nasc în contact cu mediul sunt încetinite. În domeniul readaptării, mai ales infantile, ergoterapia capătă o importanță deosebită, corelându-se strâns cu educația și desfășurând împreună o adevărată artă de dezvoltare a facultăților complexe și variate, atât pe plan fizic, cât și intelectual.

Dr. Alexandru Popescu subliniază faptul că „scopul imediat este medical și nu economic, urmărindu-se efectul terapeutic prin muncă, prin activitate”, iar T. S Benghe afirmă că „principalul scop urmărit este refacerea mobilității, sub toate aspectele și componentele ei: amplitudine articulară, forță și rezistență musculară, coordonare și abilitate”.

Din punctul de vedere al scopului urmărit, T. S Benghe diferențiază două aspecte distincte ale ergoterapiei:

- a. Ergoterapie „specifică”, care urmărește selectarea acelor activități care au un maximum de adresabilitate și solicitare asupra deficitului funcțional al pacientului;
- b. Ergoterapie „globală”, „ocupațională” sau „nespecifică”, care nu se adresează propriu-zis deficitului funcțional cauzat de boală sau accident, ci restului organismului sau unor tulburări complementare.

Prin ocupație și muncă se realizează orice activitate, mai mult sau mai puțin utilă și cu multiple posibilități de rezolvare, iar prin selectarea activităților se ajunge la atingerea scopului urmărit. Teoretic nu există o limită în ceea ce privește numărul și varietatea tehnicilor în ergoterapie. Pentru recuperarea gestuală a deficientului, ergoterapia se transformă într-o gimnastică utilă care, folosită metodic și progresiv, duce la munca organizată, de la cele mai simple la cele mai complexe forme.

Având în vedere domeniile de aplicabilitate ale ergoterapiei (patologia loco- și neuro-motorie, bolile psihice, neurologice, bolile pulmonare, reumatologice, geriatrie, pediatrie, cardiace, deficiențele mintale, senzoriale), obiectivele intrinseci sunt orientate spre:

- înlăturarea tulburărilor pasagere, simple sau multiple și reeducarea gestuală, deci recuperarea unui deficit motor;
- reeducarea mijloacelor de exprimare, implicând vorbirea, comportamentului;
- restabilirea independenței bolnavului sub aspect psihomotoric.
- Obiectivele extrinseci cuprind:
 - recuperarea totală sau parțială a capacității de muncă;
 - încadrarea profesională și socială;
 - amplificarea procesului de maturizare.

În rezolvarea tuturor acestor obiective va trebui să se țină seama de cele 10 comandamente ale existenței integrate a handicapului, propuse de E. Holander: viață familială, locuință, alimentație, instrucție, educație și formare, petrecerea timpului liber – loisir, servicii publice, asociație, situație economică, activități politice.

Fiind, în esență, activă, ordonată, terapia prin ocupație și munca are efecte frecvente, reflectate în mobilizarea energiei, voinței, dorinței de recuperare.

1. Posibilitatea de a fi implicat în activități plăcute, care necesită atenție, determină scăderea anxietății, prin scurtarea timpului de introspecție; face uz de deprinderile cognitive, ca: planificarea; memoria; concentrarea și procesele secvențiale; contribuie la respectul de sine datorită achizițiilor și promovează plăcerea prin activitatea simplă de „a face”.
2. Posibilitatea de a lucra pentru a depăși deficitul motor prin folosirea unor activități adaptate și uneori special proiectate și dotate cu echipamente ce facilitează modele de mișcări; folosirea prelungită (îndelungată) a corpului în activități coordonate și mișcări lejere și secvențiale.
3. Posibilitatea achizițiilor de deprinderi și abilități în ciuda disfuncționalității, îmbunătățește imaginea de sine și conserva deprinderile fizice și cognitive.
4. Posibilitatea de a face lucruri oferă ocazie de etalare fără restricții a sentimentelor față de alții care împărtășesc aceeași experiența, șansa de a face lucruri în comun, de a fi într-un rol independent și a-și îmbunătății deprinderile de comunicare.

Posibilitatea de a avea un ciclu al activităților zilnice mai normal promovează o stare de bine, o relaxare naturală; înlătură nocivitatea problemelor asociate cu inactivitatea.

Studiul lui Steindler denotă multiplele efecte ale terapiei prin activitate și munca. Autorul le grupează în următoarele tipuri: fizice, psihice, psiho-sociale, economice.

Din punct de vedere fizic crește forța musculară și rezistența la oboseală, se dezvoltă coordonarea motorie și viteza mișcării. Efectele fizice ale ergoterapiei constau în stimularea

menținerii funcției tuturor grupelor musculare, atât pentru regiunea afectată, cât și pentru celelalte regiuni, întărirea musculaturii deficiente.

Din punct de vedere intelectual se constată o influență normalizatoare, se micșorează emotivitatea, se eliberează energia potențială, se dezvoltă atenția, se înlocuiesc tendințele psihice dominatoare, se capătă încredere în sine, se educă obiectul de a lucra și posibilitatea expresiei personale, dezvoltându-se inițiativa. Efectele psihice ale ergoterapiei se reflectă în calmarea stării de neliniște a pacientului, dezvoltarea atenției, dispariția descurajării și renașterea speranței, păstrarea obișnuinței activităților zilnice și diminuarea complexelor de inferioritate.

Din punct de vedere social se dezvoltă responsabilitatea de grup și de cooperare și se favorizează contactele sociale. Efectele psiho –sociale ale ergoterapiei se concretizează în întreținerea relațiilor cu celelalte persoane, în căpătarea încrederii în sine și în alții și în obținerea perspectivei de încadrare socială în viitor.

Din punct de vedere economic se descoperă reacții profesionale, se creează obișnuita activității în ateliere, care ajută, eventual, pacienții la întreținerea lor în instituții (sanatorii).

Unii autori consideră că termenii de „terapie ocupațională” și „ergoterapie” nu desemnează același lucru și nu au aceeași arie de cuprindere. Astfel, dr. Alexandru Popescu, unul dintre foarte puținii autori de lucrări în acest domeniu, în lucrarea „Terapia ocupațională și ergoterapia”, arată că „deosebirea între terapie ocupațională și ergoterapie constă în diversitatea formelor, în lărgimea sferei de aplicabilitate și de adresabilitate a celor două metode în care îngrijirea medicală ajută bolnavul să se realizeze ca element folositor societății”. Autorul arată că „în terapia ocupațională, ocuparea timpului liber are menirea să deștepte interesul bolnavului pentru activități oarecare, pe acest principiu edificându-se playterapia, artterapia, cultterapia, kinetoterapia, etc: „și că în ergoterapie – care are la bază semnificația intrinsecă a muncii remunerate în procesul de reinsertie profesională și socială a bolnavului – acesta participă la activități ca: țesutul, confecționarea unor obiecte, activități agrozootehnice, cultura plantelor și florilor, etc”.

T. S Benghe, în „Kinetoterapia profilactică, terapeutică și de recuperare”, arată că „ergoterapia se preocupă de integrarea familială, socială și profesională a handicapaților, este o metodă specială a kinetoterapiei, o metodă sintetică, globală, care cere o participare comandată și întreținută psihic, iar „terapia ocupațională este metoda care face insolubilă legătura dintre recuperarea medicală și recuperarea socio-profesională.

La o analiză mai atentă a acestor păreri și urmărind obiectivele și scopurile stabilite, se constată că de fapt acestea nu diferă, că finalitatea este aceeași și că aria largă de tehnici aplicative care pot fi folosite, este greu de împărțit. Astfel, considerăm că termenii de „terapie ocupațională” și „ergoterapie” definesc același lucru și că aria largă de aplicabilitate a acestor metode kinetologice au condus la formularea unor clasificări raportate în principal la scopul și obiectivele

care se obțin în urma aplicării lor. Astfel că o clasificare mai aproape de adevăr (și care de altfel este acceptată și în alte țări) ar fi următoarea:

1. Ergoterapie recreativă, cuprinzând o serie de activități, mai mult sau mai puțin complexe, atractive, cum, ar fi:

- tehnici de exprimare: desen, pictură, gravură, mână marionete, scris, sculptură, etc;
- tehnici sportive: diverse jocuri sportive sau părți ale acestora;
- tehnici recreative: jocuri distractive adaptate handicapărilor (șah cu piese grele, fotbal de masă cu minge de ping-pong mobilizată cu pompițe de mână, popice, țintar cu piese care se înfing în găuri preformate, jocuri cu figurine de plumb, etc.).

2. Ergoterapie funcțională reprezintă o formă de ergoterapie dirijată și controlată și care are ca scop executarea unor anumite mișcări în cadrul muncii sau ocupației respective, în care sunt incluse:

- tehnici de bază, formate din unele activități practicate încă de la începuturile societății umane, când mâinile omului prelucrau materia de bază (lut, lemn, fibre naturale, fier): împletitul, olăritul, țesutul, tâmplăria, feneria;
- tehnici complementare, care reprezintă de fapt totalitatea restului activităților lucrative umane, dintre care: cartonajul, marochinăria, tipografia, strungăria, dactilografia, etc.

3. Ergoterapia profesională, care se poate aplica în spitale bine dotate, cu centre de recuperare bine utilizate, în școli profesionale specializate sau ateliere – școală, de pe lângă întreprinderi, cu două subcategorii:

- A. Ergoterapia pregătitoare pentru activitatea școlară și orientarea profesională a copiilor;
- B. Ergoterapia de reprofesionalizare sau profesionalizare a adulților (în sensul reintegrării în munca desfășurată anterior îmbolnăvirii sau accidentului sau a reorientării profesionale).

Pe lângă tehnicile de bază și cele complementare, această categorie folosește și tehnici de „readaptare”, formate din multitudinea și diversitatea activităților zilnice casnice, familiale, școlare, recreative, profesionale și sociale, modalități de deplasare, etc; aceste tehnici adaptează mediul ambiant al handicapărilor la propriile lor capacități funcționale.

4. Ergoterapia retribuită, care poate fi utilizată ca formă economică de ergoterapie pentru bolnavii care recuperează spontan o paralizie sau au suferit un tratament paliativ al sechelelor și și-au recâștigat mișcările principale. Această formă de ergoterapie poate completa, din toate punctele de vedere, lipsurile produse de pensionarea temporară sau definitivă a bolnavului și poate constitui un factor obiectiv de apreciere a reîncadrării bolnavului în circuitul economico-social normal.

4. BAZELE METODOLOGICE ALE ERGOTERAPIEI

Medicina de astăzi nu poate fi concepută fără cele trei domenii ale ocrotirii sănătății omului:

1. medicina profilactică, de prevenire a îmbolnăvirii,
2. medicina curativă, pentru îndepărtarea bolii deja instalate,
3. medicina recuperatorie, de diminuare până la anularea importanței deficiențelor

funcționale restante după o îmbolnăvire.

Medicina recuperatorie se bazează pe utilizarea unor procedee care folosesc factori fizici, pe aplicarea unor tehnici de corecție chirurgicală (corecții și suplitanțe a deficitelor), precum și TO și ergoterapie. Aceasta include un complex de măsuri pentru redobândirea posibilităților de autoservire a bolnavilor, de deplasare autonomă, de realizare a activităților casnice și de reinserție socială și profesională.

Conceptul de recuperare este apanajul multor specialități medicale și se referă la restabilirea cât mai deplină a capacității funcționale pierdute (congenitale și dobândite), prin boală sau accident. Acest concept vizează în unele cazuri dezvoltarea unor mecanisme compensatorii care să-i asigure pacientului posibilitatea de autoservire sau de muncă. Uneori acestea impun recurgerea la dispozitive ajutătoare sau aparate speciale. Dintre mijloacele recuperatorii folosite, sub forma unor dispozitive și aparate auxiliare, fac parte ortezele (corsete, atele), folosite pentru a menține permanent în poziție corectă anumite segmente (membre, coloană vertebrală), protezele (membre artificiale pentru înlocuirea celor amputate sau prelungirea bonturilor), diferite aparate și dispozitive ingenioase.

Ca formă modernă și interdisciplinară, recuperarea, prin preocupările ei față de individ și prin scopul final urmărit, se realizează prin munca în echipă a tuturor specialiștilor, prin colaborarea între medicul specialist (chirurg, neurolog, cardiolog, psihiatru, pediatru, recuperator, gerontolog), psiholog, logoped, terapeut ocupațional/ergoterapist, asistent social, economist, jurist, sociolog, protezist și ortezist, biotehnician, etc.

Recuperarea aspectului fizic constă în ameliorarea sau recuperarea integrală a unei funcții deficitare, mișcarea fiind elementul principal care vizează: posibilitatea de a deplasa segmentul; amplitudinea; rezistența la efort; coordonarea mișcărilor. Modificarea stării fizice în urma unei perioade de inactivitate atrage importante modificări ale psihicului bolnavului. Pierderea încrederii în sine este frecvent întâlnită, teama pierderii potențialului său funcțional creând importante manifestări psihice și comportamentale. Se impune solicitarea acestor bolnavi în direcția captării interesului și cooperării la propria vindecare. Executarea unor acțiuni sau angrenarea în activități, implică libera opțiune a bolnavului, aptitudinile și starea lui mintală de asemenea se adaptează capacității și posibilității sale psihice și fizice de moment.

În stadiul inițial al recuperării, aspectul profesional nu include obligatoriu apelarea la meseria avută anterior îmbolnăvirii. Uneori se apelează la alte activități, diferite, urmând ca pe parcurs obiectivul de bază să devină reluarea activității profesionale anterioare, acolo unde este posibil.

Ergoterapia urmărește parcurgerea progresivă, naturală și liberă a etapelor de readaptare la munca pacientului, folosirea gestualității specifice acesteia. Când acest scop nu mai poate fi realizat, când se impune reorientarea profesională, subiectul este testat în atelierul de ergoterapie sub aspectul posibilităților sale psihotehnice.

Reinserția socială a pacienților poate fi facilitată prin recuperarea unor elemente și gesturi de autoservire specifice vieții de zi cu zi (igiena corporală, servirea mesei). Stimularea și pregătirea gestualității în vederea protezării sau de adaptare la activitățile menajere, sunt elemente decisive pentru reintegrarea familială și socială. Terapeutul ocupațional și ergoterapeutul au rol important în aceste direcții, de pregătire propriu-zisă a bolnavului, dar și de consiliere a membrilor familiei în care aceștia se reîntorc, în privința adaptărilor necesare la domiciliu, care să faciliteze acțiunile bolnavului respectiv în vederea creșterii autonomiei acestuia.

Pentru îmbunătățirea calității vieții omului cooperează tot mai multe dintre științele socio-umane, economice, politice precum și unele discipline ca psihologia socială, ergonomia, ergoterapia, studiul muncii, și altele, iar dintre principalele sale componente nu lipsește “îngrijirea sănătății” populației. De calitatea vieții ține și sănătatea, devenită un drept al omului modern - definită, încă din anul 1946, de către OMS ca fiind “o completă bunăstare fizică mintală și socială fără a reprezenta numai absența bolii sau a infirmității” (constituția OMS, Geneva 1946).

Datorită accidentelor de muncă, accidentelor rutiere, diverselor boli cronice sau degenerative numărul handicapatilor este în creștere în întreaga lume. Întrucât a trecut timpul când handicapatul sau invalidatul era considerat subiect de caritate și filantropie, azi el trebuie tratat ca oricare om valid, de a-și relua locul în societate, deoarece el dorește să participe activ la viața socială.

Sănătatea este expresia relațiilor interne, concrete ale organismului cu mediul ambiant, este capacitatea de a răspunde la modificările acestuia printr-o adaptare corespunzătoare. Pentru ca noțiunea de sănătate să fie transpusă în realitate, pe lângă măsurile profilactice și curative, s-au impus cu necesitate și cele de recuperare a capacității de muncă a victimelor unor deficiențe congenitale sau dobândite în cursul vieții, măsuri menite să facă ca aceștia să fie îngrijiți cum se cuvine și orientați spre a trăi o viață cât mai activă și utilă lor înșiși și societății.

Pe lângă aspectul umanitar, problema recuperării a căpătat și un caracter economic. Subiectul recuperat, redat societății, constituie o valoare pentru aceasta (creșterea potențialului uman), în timp ce cheltuielile de asistență medicală făcute fără scop de recuperare sunt considerate, din acest punct de vedere, cheltuieli inutile.

Prin recuperare se urmărește refacerea deficientului, transformarea sa într-un membru activ al comunității sociale în care trăiește, complexul de măsuri întreprinse constituind un proces continuu, care ia sfârșit odată cu plasarea subiectului tratat într-o ocupație, de preferință remunerată.

Rezoluția O.N.U. cheamă toate statele din lume să răspundă la necesitățile majore de respect, ajutor, protecție și stimă a handicapatului, tot mai frecvent prezent în societate. Această rezoluție stipulează următoarele:

- “Handicapatul trebuie, prin toate mijloacele posibile, să beneficieze de aceleași drepturi ca celelalte ființe umane.
- Are dreptul la îngrijiri medicale, ca și la instrucție, formare, readaptare, și la sfaturile care-l vor ajuta să-și dezvolte la maximum capacitățile și aptitudinile.
- Are dreptul la securitate economică și un nivel decent de viață; el are dreptul, în plenitudinea posibilităților sale, să îndeplinească o muncă productivă sau să execute orice operație utilă.
- Handicapatul trebuie să trăiască în sânul familiei sale sau într-un cămin care să o substituie și să participe la diferitele forme ale vieții comunitare, cât mai apropiat de cele ale vieții normale.
- El trebuie să poată beneficia de o tutelă calificată, atunci când acest lucru este indispensabil, de protecție a persoanelor și bunurilor sale.
- Handicapatul trebuie să fie protejat împotriva oricărei exploatari, oricărui abuz sau tratament degradant, iar dacă este obiectul unor urmăriri judiciare, el trebuie să beneficieze de o procedură conform legilor, care să țină seama de gradul său de responsabilitate, în raport cu facultățile sale mintale.”

Recuperarea este un proces continuu, de la patul bolnavului pînă la reîncadrarea acestuia în muncă și viața socială. Din multiplele căi de recuperare evolutivă a forței de muncă, activitatea sau ocuparea timpului liber sub aspect terapeutic sunt recomandate încă de multă vreme, pornindu-se de la următoarele idei:

1. Ființele umane au o natură ocupațională.

Se știe că oamenii au o nevoie fundamentală de ocupație, care nu constituie doar o nevoie emoțională, ci menține organizarea întregului corp și a minții pentru supraviețuire

2. Este cunoscut potențialul bolii de a întrerupe sau stopa ocupația, întrucât renunțarea la aceasta constituie un simptom de avertisment privind posibilitatea apariției unei boli, sau chiar apariția acesteia.

3. Întrucât ocupația este organizatorul natural al comportamentului, ea poate fi folosită pentru a organiza sau reorganiza comportamentului zilnic. În cazul în care comportamentul a fost alterat de boală sau traumatism, sau cazurile în care stresul ambinetal a dus la dezorganizarea comportamentală, ocupația este tratamentul preferat.

În zilele noastre, ergoterapia a căpătat un caracter mai complex și diversificat. Ea se sprijină pe realitatea deficienței (handicapului). Este de la sine înțeles că școlarizarea, apoi inserția socială și profesională a persoanei deficiente depind atât de rezultatele reeducării și de aparatura folosită, cât și de gradul de autonomie care rezultă de aici.

Progresul evident în depistarea, terapia și recuperarea persoanelor deficiente, face să apară următoarele *tendințe noi* în acest domeniu:

- în trecut, majoritatea subiecților deficienți erau condamnați la inactivitate, astăzi, metodele ocupaționale terapeutice îi salvează și le dezvoltă autonomia;
- înainte, persoanele cu restricții funcționale erau mulțumiți să „supraviețuiască”, astăzi ei vor să „trăiască”, de aceea toate subiectele legate de viața lor cotidiană au căpătat o mare importanță;
- opinia publică este mai avizată în ceea ce privește problemele deficienților și metode de recuperare.
- *statutul unui deficient nu constă în a-l recupera și reintegra în societate, ci în a-l împiedica să iasă din ea.*

La nivelul actual al dezvoltării și al perspectivelor societății noastre, apare mai stringentă necesitatea aplicării pe o scară largă a TO, în special al ergoterapiei, instrument și mijloc de bază a procesului complex de recuperare și reinserție socială. Reinserția persoanelor cu probleme de sănătate în societate evită starea de dependență socială, permite ancorarea în circuitul economic al unui număr de persoane inactice odinioară.

Scopul și obiectivele ergoterapiei subliniază și scot în evidență componentele de bază:

- latura preventivă,
- latura curativă,
- latura recuperatorie.

Recuperarea este o activitate complexă, ce include metode medicale, sociale, profesionale, realizate de o echipă complexă, formată din diverși specialiști (medici, bioingineri, psihopedagogi, economiști, ergonomi, kinetoterapeuți, asistenți sociali, ergoterapeuți), ce concură la realizarea și restabilirea autonomiei personale și sociale a suferinzilor.

Pe primul loc în activitatea de ergoterapie se află recuperarea deficitului, scurtarea perioadei de incapacitate de muncă, activitatea constituind și un mijloc de instruire a deficienților pentru obținerea unor câștiguri proprii, iar valoarea economică a acestei terapii situându-se pe plan

secundar. Sarcina principală a ergoterapiei este de a ajuta bolnavul să realizeze conștiința de sine și să redobândească relațiile cu societatea, cu viața, să-i redea posibilitatea de a fi din nou activ, de a fi util lui însuși, dar și pentru societate.

În această direcție, prin relațiile de încredere care se stabilesc între terapeutul ocupațional/ergoterapeut și pacienți sunt îndreptate eforturile de a extinde în cât mai multe direcții activitățile creatoare ale pacienților. În funcție de natura afecțiunii și a activității prestate, capacitatea de reantrenare a persoanei cu handicap poate fi solicitată fizic, nervos sau cerebral, munca fiind un proces complex care implică în proporții diferite toate cele trei tipuri de solicitare.

Activitatea omului în procesul muncii poate fi determinată și de anumiți factori care au influență asupra capacității de muncă. Aceștia sunt:

1. Factori fiziologici: - starea sănătății; consumul energetic; - exercițiul și antrenamentul; vârsta; sexul.
2. Factori psihologici: personalitatea; aptitudinile de muncă; interesul (motivația); temperamentul; emotivitatea; relațiile interpersonale.
3. Factori fizici și mediul de muncă: iluminatul; cromatică; zgomotul; vibrațiile; muzica; microclimatul.
4. Condițiile sociale: regimul de muncă; organizarea activității; nivelul profesional și cultural; condițiile igienico-sanitare.

Eficiența participării subiectului cu suferințe la o activitate de muncă depinde de adaptarea cât mai bună a mijloacelor și metodelor de lucru la caracteristicile fizice și neuropsihice ale acestuia.

Cu privire la principiile ergoterapiei, ergoterapia nu are decât un principiu: acela al concordanței ocupație-handicap, restul nefiind decât reguli de aplicare. În toate cazurile în care metoda este necesară, în primul rând trebuie descoperită activitatea specifică care poate influența pozitiv afecțiunea în cauză și selectată acea ocupație care să pună în acțiune funcțiile care trebuiesc ameliorate.

Acest principiu al „concordanței ocupație – handicap” trebuie urmat riguros, respectat în totalitate și în permanentă. Ocupația ideală este aceea care stimulează toate funcțiile, în întreaga sa complexitate și care se poate adapta, fără încetare, nevoilor de moment. „*Ergoterapia este o medicație și ocupația un medicament*” și, ca atare, trebuie căutat medicamentul cel mai eficient pentru vindecarea pacientului.

Exemplu: În urma unei grave traume la nivelul degetelor, un lucrător manual, suferă o intervenție chirurgicală reparatorie, după care are nevoie de ajutor chiar și pentru cele mai elementare activități zilnice. În prima fază, ergoterapeutul va încerca să-i ofere pacientului puțină independență prin folosirea unor mijloace de adaptare care să suplinească, oarecum, funcția

afectată. După ce se cicatrizează, ergoterapeutul își unește eforturile cu kinetoterapeutul, urmărind recuperarea mobilității, stimulând intrarea în acțiune a mușchilor și tendoanelor. Ergoterapeutul realizează ameliorarea funcției motrice elementare, dându-i pacientului o ocupație corespunzătoare: se pot folosi împletiturile din răchită, rafie sau alte fibre, care necesită flexia – extensia degetelor. Pe măsură ce pacientul progresează, modalitățile de execuție pot fi schimbate și chiar și ocupația în sine.

Activitatea selectată trebuie, în permanență, *adaptată la pacient*, în așa fel încât să fie eficientă și să-i dea acestuia încredere în forțele proprii, ținând cont și de gesturile și starea sa psihică. În funcție de aceste criterii, modalitățile de lucru și ocupațiile se adaptează, se modifică, fără a uita însă că scopul este recuperarea funcției motrice.

Într-un stadiu mai avansat al recuperării, activitatea la același pacient va fi din ce în ce mai complicată apropiindu-se treptat de exigențele maxime ale meseriei anterioare accidentului, pentru a recâștiga abilitatea și precizia, în vederea exercitării funcțiilor zilnice (familiale, profesionale). Niciodată nu se va întâmpla, de la începutul până la sfârșitul recuperării, să se aplice o singură ocupație, ci ergoterapeutul va adapta actul terapeutic selectând acele activități și chiar subactivități care corespund strict deficienței de moment.

Regulile de aplicare ale ergoterapiei privesc respectarea principiului concordanței. Unele reguli sunt principale sau majore, altele sunt secundare, sau minore. Regulile principale sunt:

- a). Studiul handicapului;
- b). Analiza ocupației;
- c). Confruntarea informațiilor obținute.

Studiul handicapului este prima regulă respectată de echipa interdisciplinară, sub conducerea medicului și care dă informații anatomice, fiziologice, patologice, cinesiologice, psihologice, sociale și profesionale.

Din punctul de vedere al ergoterapiei, ea servește ca punct de plecare și de orientare. Participarea ergoterapeutului în echipa interdisciplinară are avantajul de a îndrepta studiul comun spre o evaluare mai realistă a handicapului, aceea a aspectului său practic; medicul descoperă și descrie simptomele, kinetoterapeutul efectuează testul, ergoterapeutul trebuie să aprecieze gradul și forma impotenței funcționale concrete, pe baza unor teste care nu sunt decât repetarea gesturilor utilitare sau activităților obișnuite. La rezultatele acestor teste, ergoterapeutul adaugă precizări privind anumite particularități ale personalității și comportamentului, care sunt pe de o parte consecințe ale handicapului și pot constitui, pe de altă parte, motivarea handicapului pentru desfășurarea unor anumite ocupații.

Analiza ocupației sau a muncii se bazează pe cunoașterea prealabilă, de către ergoterapeut, a datelor generale și specifice privind cerințele meseriilor, ocupațiilor și muncilor, din punct de

vedere cinesiologic (mișcări și gesturi), fiziologic (substraturi energetice) și psihologic (motivație și reacție).

Ergoterapeutul se bazează pe un număr oarecare de „fișe ale ocupațiilor”, în care se află menționat tot ceea ce activitatea respectivă activează din punct de vedere al gesturilor, mișcărilor, energiei corporale și psihice, stabilindu-le astfel valoarea terapeutică.

Confruntarea informațiilor. Suprapunând informațiile culese în operațiile precedente, ergoterapeutul alege ocupația curativă care are numărul și varietatea efectelor curative conforme cu nevoile și gusturile handicapatului. Greșeala în alegerea ocupației echivalează cu o proastă prescripție terapeutică, la care se adaugă și riscul exercitării a ceea ce ar trebui pus în repaus și invers.

Regulile secundare ale utilizării ergoterapiei sunt:

- Ocupația trebuie să fie una obișnuită și la îndemâna pacientului și serviciului de ergoterapie.

Majoritatea pacienților sunt atrași mai degrabă de o ocupație pe care o cunosc cât de cât și pentru care aparatele și materia primă necesare se găsesc și nu sunt prea costisitoare.

- Ocupația trebuie să fie simplă.

Se vor alege, mai ales, acele ocupații pentru desfășurarea cărora nu este nevoie de mașinărie sau mecanisme de comandă prea complexe, sensibile și care se pot strica ușor.

- Ocupația trebuie să fie utilă.

Se va alege o activitate creatoare a unui produs finit care să placă, să fie util, să poată fi oferit, pentru a stimula pacientul.

- Ocupația trebuie să aibă cât mai multe posibilități de diversificare.

Regula se referă la diversificarea și adaptarea ocupației alese pentru a se putea aplica progresia și pentru a nu plictisi.

- Ocupația va fi abordată progresiv.

Îmbunătățirile în starea pacientului necesită permanenta adaptare a ocupației, pentru a se putea progresa și a se tinde spre exigențele unei munci normale.

- Ocupația trebuie să fie liber acceptată.

În alegerea ocupației ergoterapeutul trebuie să țină cont de gusturile, obiceiurile și aspirațiile pacientului, în așa fel încât acesta să o accepte și să-i placă, nu să fie constrâns (ceea ce presupune din partea ergoterapeutului cunoștințe psihologice și pedagogice).

- Ocupația nu trebuie să aibă ca scop neapărat o prestație tehnică de calitate.

Grija prea mare pentru rezultat, promisiunile de recompensare, nu sunt recompensate, nu sînt recomandate, scopul principal fiind terapeutic. În același timp, finisarea produsului, în așa fel încât pacientul să fie mulțumit de prestația sa, are importanță din punct de vedere psihologic.

▪ Ocupația nu trebuie să fie remunerată.

Pentru remunerarea muncii depuse s-ar deforma sau înlocui adevăratul obiectiv, ergoterapia confundându-se cu “reantrenarea în muncă”, în care, în unele țări, muncitorul primește salariul în funcție de randamentul său.

▪ Ocupația trebuie efectuată în colectivitate.

Regula se refera la efectul psihologic al lucrului în colectivitate având tentă de reinsertie socială.

▪ Ocupația trebuie să poată fi urmărită și controlată.

În timpul desfășurării activității trebuie observate pozițiile, gesturile, starea, comportamentul, reacțiile pacientului pentru a corecta, pentru a-l încuraja, ajuta, sau eventual, pentru a schimba planul de progresie a activității.

Terapia ocupațională și ergoterapia se opun inacțiunii, pasivității, renunțării, care sunt efecte ale spitalizării de lungă durată. Activitățile specifice acestor metode terapeutice îi stimulează, mobilizează energia acestora, voința, dorința de recuperare. Participarea bolnavilor nu se realizează prin constrângere sau prin crearea unor reflexe condiționate ci pe suportul conștientizării, informării, sensibilizării acestora de către terapeutul ocupațional și ergoterapeut, de medicul care prescrie activitățile și dirijează activitatea de recuperare.

Terapia ocupațională și ergoterapia nu trebuie confundate cu profesionalizarea, cu toate că au drept conținut munca și diverse activități/ocupații practice și recreative.

5. VALOAREA RECUPERATIV-TERAPEUTICĂ A ERGOTERAPIEI.

Afecțiunile psihiatrice, care perturbă pentru o perioadă îndelungată relațiile bolnavului mintal cu existența normală, mențin un ridicat potențial invalidant al acestuia. Recuperarea în aceste afecțiuni necesită un ansamblu organizat de măsuri medico-psiho-sociale, care să conducă spre integrarea durabilă a bolnavului, cât mai apropiată de viața normală și cu un grad cât mai redus de dependență socială.

Spre deosebire de trecut, în care spitalele pentru bolnavii psihici erau denumite ospicii și în majoritatea cazurilor cei ajunși acolo rămâneau izolați de lumea din afară, în prezent statutul bolnavului psihic este cu totul altul. Psihiatria dispune de o lege ergoterapeutică, de un cadru juridic prin care bolnavul este protejat pentru a nu deveni victima vreunei forme de exploatare. La bolnavii psihici cuprinși în activități de terapie ocupațională și ergoterapie, numărul faptelor grave comise de aceștia (violența, fuga, ostilitatea) este în descreștere.

Un nivel optim emoțional influențează evoluția atitudinii pacientului. Starea emoțională pozitivă este favorabilă schimburilor cu mediul ambiental, fiind în strânsă legătură cu cea a terapiei ocupaționale și ergoterapiei. Înlăturarea modului patologic de a gândi și a se comporta favorizează atingerea unui nivel superior de integrare a structurii sale psihice, stimulează receptivitatea bolnavului față de conduita terapeutică.

În anumite situații de boală, pacientul nu este capabil să-și stăpânească sentimentele, gândurile sau comportamentul, datorită unor suferințe, prezintă o stare de descurajare. Aceasta apare datorită incapacității individului de a face față unei situații existențiale normale. Această stare pe care o percepe el însuși, cât și cei din jur, fac ca persoana în cauză să se replieze asupra ei însăși, să se simtă izolată, dezarmată, fără speranță. Semnele obișnuite de descurajare sunt: anxietatea, depresia, agresivitatea, culpabilitatea, rușinea, amărăciunea, simptome care reduc capacitatea pacientului de a face față situației. Prezența simptomelor respective conduce la depresie, iar aceasta agravează simptomele.

Prognosticul terapeutic depinde de un număr de caracteristici personale care constituie așa numita “forță a eului”. Atitudinea medicului terapeut, de la primul său gest, îi poate trezi pacientului sentimentul propriei sale valori, terapia urmărind limpezirea trăirilor sale tulburate și favorizarea unor experiențe reușite. Prin acestea, se poate ajunge la un rezultat favorabil, la consolidarea sentimentului de încredere în sine.

În cadrul terapiei de grup, metodele folosite se bazează pe încrederea bolnavului în medicul terapeut și pe comparația pe care acesta o face cu ceilalți membri ai grupului. Identificarea pacientului cu ceilalți duce la înțelegerea rezistențelor personale, permițând ameliorarea simptomatică, încurajarea și asumarea unor roluri care până acum i se păreau inabordabile, fortificând “eul” persoanei în cauză. Manifestarea emoțională până atunci reprimată, deschiderea față de ceilalți conduce la redobândirea încrederii în sine și la reintegrare socială.

Pentru sustragerea bolnavului din starea nevrotică sau psihotică sunt puse la dispoziția sa preocupări dirijate care să determine o descărcare afectivă, resocializarea și dezalienarea acestuia. Activitățile ușoare, simple și reconfortante desfășurate în cluburi, cenacluri, reuniuni literar-muzicale, play- și hobyterapia crează posibilitatea îndeplinirii acestor obiective.

Pornind de la premiza că munca este o datorie a omului, dar și o modalitate de comunicare interumană, în acest context este privită sub mai multe aspecte. Lipsa posibilității de a presta o activitate de muncă, poate constitui pentru un bolnav cu afecțiune psihică un handicap în plus, accentuând psihologic infirmitatea acestuia. Integrarea unui astfel de bolnav într-un flux ergonomic interuman, devine o condiție terapeutică prin reintroducerea bolnavului în lume. Terapia ocupațională și ergoterapia, prin intermediul cărora bolnavii psihici sunt stimulați, normalizează relațiile dintre aceștia, dintre aceștia și personalul medical și cel de deservire, reprimă

stările lor agresive sau de vegetație pasivă, de inactivitate și introvertire, conduce la coordonarea gesturilor, reflexelor, gândurilor, echilibrează afectivitatea, stimulează memoria, voința, în general activitatea.

Conform definiției date de OMS *copilului cu handicap motor* “este copilul care nu poate participa în decursul unei perioade apreciabile de timp la activitățile sociale, recreative, educative sau profesionale ale vârstei sale”. Terapia ocupațională și ergoterapia la copil fac parte dintr-un complex de tratament de reeducare a aptitudinilor fizice și psihice. Munca cu copilul deficient este complexă, în acest domeniu terapia îmbinându-se cu educația.

Activitatea de recuperare a copiilor cu diverse afecțiuni se desfășoară în unități specializate: secții, spitale, sanatorii balneoclimaterice, cămine-spital, unde copiii sunt internați, dar și ambulator acolo unde există posibilitatea, în cabinete sau centre specializate. Gama largă a tulburărilor de sănătate prezentă la copii necesită intervenția unei echipe complexe interdisciplinare în scopul recuperării: medic, kinetoterapeut, ergoterapeut, psiholog, logoped și nu în ultimul rând a părinților.

Concepția actuală în ce privește tratamentul prin terapie ocupațională și ergoterapie are caracteristici ce depășesc simpla joacă de copil. În terapia ocupațională și ergoterapia la această vârstă, copilul este solicitat pentru pregătirea sa de mai târziu, pentru rolul de adult prin intermediul unor activități adecvate dezvoltării sale funcționale, vizând corectarea oricărui tip de handicap.

Principalul mijloc prin care se poate interveni la vârsta copilului mic este jocul, care permite dezvoltarea psiho-socială a copilului. Jocul oferă copilului posibilitatea de a-și extinde cunoștințele, îl ajută să-și dezvolte îndemânarea, inteligența, afectivitatea, sensibilitatea, psihomotricitatea, să se afirme. De asemenea îl poate ajuta să-și cunoască corpul și să ia cunoștință de mediul înconjurător.

Jocurile vor fi selectate în funcție de vârsta copilului și de nivelul său intelectual și fizic. Dacă aceste caracteristici nu sunt respectate, ele nu-și vor îndeplini scopul, activitățile care depășesc posibilitățile de moment ale copilului vor deveni frustrante, iar cele prea simple sau ușoare nu vor stimula interesul acestuia, nefiind nici terapeutice nici recreative.

Sub denumirea de terapie ocupațională, când este vorba de copil, se înțelege orice joc sau activitate atrăgătoare care poate contribui la ameliorarea sa fizică și revenirea sub aspect psihologic. În acest context jocul poate constitui o muncă, munca nefiind neapărat o activitate plictisitoare și neplăcută ci dimpotrivă, poate fi interesantă.

La copilul mic, noțiunea de ergoterapie, a cărei semnificație este recuperarea (reeducarea) prin muncă, pare un nonsens, adevăratul înțeles atribuindu-se persoanelor adulte, dar, diferite activități adaptate vârstei și posibilităților copilului, au scopul de a-l pregăti pentru practicarea de

mai târziu a unor activități, pe măsura vârstei și a acumulărilor treptate, a recuperării sale parțiale sau totale.

Munca de recuperare cu copiii și adolescenții infirmi este foarte anevoioasă, de aceea impune din partea tuturor celor din jur, familie și echipa terapeutică, atitudini speciale și o instruire de asemeni specială. Aceștia, fără deosebire de calitatea pe care o au (părinte sau terapeut), în egală măsură au rol de educatori. Permanent în munca lor trebuie să cultive relații benefice pentru copiii respectivi, să acționeze în conformitate cu nevoile lor, pentru a-i ajuta în orice situație. Prin toate activitățile, de joc, terapie ocupațională și ergoterapie, copilul handicapat trebuie să învețe să se comporte, să fie util lui și celorlalți, pentru a nu fi respins de cei din jur, de societate.

Aplicarea terapiei de grup (5-6 copii într-o grupă) de preferință cât mai timpuriu pe categorii de vârstă în kinetoterapie, terapie ocupațională, logopedie, este modalitatea prin care se obțin rezultate bune atât în recuperarea funcțională și specifică dar și în socializarea copiilor cu diferite afecțiuni sau infirmități. În cadrul acestora activitățile trebuie să fie cât mai variate, execuția să fie supravegheată pentru a impune exigență și disciplină, aspecte care dezvoltă cunoștințe practice, îndemânare, creativitate.

Sedințele de terapie ocupațională pentru copiii mici au o durată de 15-30 de minute iar cele de ergoterapie pentru copiii mai mari pot ajunge la câteva ore sau chiar la o jumătate de zi pentru a le crește treptat rezistența. Rolul terapeutului ocupațional și al ergoterapeutului în cazul copilului bolnav este foarte important. Acesta trebuie să fie “ca o mamă”, să-i ofere căldură sufletească, înțelegere, prietenie, pe lângă utilizarea mijloacelor specifice recuperării. Alături de acesta, rolul familiei, al școlii, al grupului social din care face parte este foarte important pentru echilibrul legăturilor afective de care copilul are nevoie.

Uneori, munca de terapeut ocupațional și ergoterapeut poate fi preluată de kinetoterapeut, care, în acest fel îl poate face pe copil să accepte și să înțeleagă recuperarea. Dificultatea cea mai mare se întâlnește la copilul mic, unde, kinetoterapia și terapia ocupațională trebuie să utilizeze materialul educativ (didactic) specific grădinițelor de copii. Principiile care trebuiesc respectate în munca de terapie ocupațională și ergoterapie cu copiii deficienți sunt:

- intervenția cât mai precoce este posibilă (datorită repercursiunilor pe care le au privațiunile specifice copilului handicapat sub aspectul performanțelor fizice și psihice, a stării senzoriale și perceptiv);
- solicitarea să fie pe măsura posibilităților copilului (să-i respecte ritmul, stereotipul dinamic propriu, să obțină adeziunea copilului la activitatea propusă, să nu-l obosească);

- în timpul activităților terapeutul trebuie să vorbească cu copilul, să-l îndemne, să-l stimuleze, iar subiectul discuțiilor să fie adaptat vârstei și posibilităților lui de înțelegere;
- să se aprecieze permanent gradul de independență atins, posibilitățile manuale și intelectuale ale copilului;
- activitățile manuale nu trebuie să aibă loc după alte activități intelectuale sau fizice;
- terapeutul ocupațional sau ergoterapeutul trebuie să-l urmărească permanent și să facă adaptările necesare atunci când acestea se impun;
- sala de joacă (spațiul) trebuie să fie izolat de alte activități pentru ca atenția copilului să nu fie distrasă, mobilierul să fie adaptat la nevoile specifice copilului;
- la copiii mici (sub 3 ani) munca terapeutului va avea un caracter individual, aceștia neavând noțiunea de grup, acordându-se o atenție deosebită pentru evitarea accidentelor;
- obiectele pot fi jucării diverse, dar și obiecte casnice ca perii, linguri, cutii, sticle, pâlnii, vase(din material plastic), pentru diferite exerciții practice;
- la copiii cu probleme posturale, poziția optimă se obține progresiv, integrând în practica de ergoterapie, pozițiile recomandate și obținute prin kinetoterapie;
- relația familie-cadru didactic sau terapeut (în cazul în care copilul este instituționalizat) trebuie să fie organizată, să aibă un caracter de colaborare, ergoterapeutul trebuie să solicite familia în problemele muncii cu copilul deficient.

Elementele caracteristice ale *bolnavului motor* rezidă în recurgerea la o activitate corectoare a unui deficit muscular, necesitând respectarea regulilor unei ergoterapii specifice. În funcție de nevoile diverse, antrenarea acestuia în activitățile prioritare de autoservire, bolnavul cu afecțiuni motorii trebuie asistat și solicitat permanent. El trebuie să fie încurajat, ajutat, iar familia lui să fie informată permanent cu privire la starea în care acesta se află.

În cazul bolnavilor cronici sau al celor greu recuperabili, inactivitatea întârzie însănătoșirea, duce la pierderea capacității de autoservire și de muncă. Persoanele cu afecțiuni cronice, cu deficiențe motorii marcante, prin terapie ocupațională și ergoterapie sunt ajutați să-și dezvolte noi forțe, noi îndeletniciri. Bolnavii motori care devin inactivi pe o perioadă lungă de timp, își pierd posibilitățile de a acționa fizic și încrederea în vindecare și redresare.

Acolo unde deficitul motor este irecuperabil, se recurge la compensarea mișcărilor pierdute prin folosirea aptitudinilor restante, la o adaptare fizică și psihologică la cerințele vieții de zi cu zi. Dobândirea independenței la acești bolnavi este primul scop al terapiei de orice tip, inclusiv al terapiei ocupaționale și ergoterapiei, uneori atins cu eforturi imense, atât din partea pacientului cât și a terapeuților implicați în recuperarea lui.

În cazul *afecțiunilor cardio-vasculare*, terapia ocupațională și ergoterapia includ activități de kinetoterapie, playterapie, artterapie, meloterapie, ca terapii instructiv-recreativ-distractive, dar nu este exclusă practicarea ergoterapiei în unele situații. Reantrenarea la efort, stimularea aptitudinilor și posibilităților pentru activitățile cotidiene sunt scopurile esențiale ale recuperării bolnavilor cu aceste suferințe.

La indicația medicului specialist, activităților de antrenare fizică propriu-zisă, pe măsura diminuării afecțiunii psihice care survine în situația bolnavului coronarian, se poate recomanda exersarea gesturilor și deprinderilor de lucru. Menținerea exercițiului intelectual al acestor bolnavi se realizează prin antrenarea lor în activități cu nivel adecvat, legate de bibliotecă, de munca de birou, unde ei vor fi eventual cooptați alături de personalul angajat.

Obieciunile terapiei ocupaționale și ergoterapiei în bolile cardio-vasculare sunt de recuperare sub aspect funcțional, psihologic și socio-profesional, aspecte care apar simultan și sunt intercondiționate.

În medicina modernă, practica terapiei în afecțiunile cardio-vasculare de natură coronariană, a înlocuit repausul absolut și prelungit care era recomandat în trecut, cu reantrenarea la efort. Această metodă a condus la obținerea unor rezultate bune, în special pe linia reintegrării sociale. În acest scop, odată cu aplicarea primelor măsuri terapeutice, se aplică și primele măsuri de readaptare funcțională.

În funcție de starea de sănătate de moment, în cadrul terapiei ocupaționale se vor alege inițial ocupații simple, bine motivate în privința valorii lor utilitare, estetice. Cu toate acestea, în cadrul terapiei ocupaționale și ergoterapiei, supravegherea trebuie să fie destul de strictă pentru a oferi siguranță deplină. În același timp activitatea trebuie să fie liberă pentru a nu provoca anxietatea bolnavului și a nu antrena dependența acestuia față de terapeut.

Ocupația la bolnavii cardiaci este mai mult decât necesară pentru obținerea echilibrului vital și petrecerea activă a timpului liber. Ocupația trebuie să fie adecvată persoanei cardiace, gravității bolii și fazei de boală în care se află. Spre exemplu, în afecțiunile cardiace minime, respectivul bolnav poate să-și conducă propriul autoturism, dar nu trebuie asumate riscuri majore pentru securitatea publică, în unele meserii cum ar fi cea de pilot, conducător de autobuz, locomotivă, mijloace de transport public.

Recuperarea geriatrică presupune un concept bine delimitat, numărul vârstnicilor fiind mare iar independența acestora constituind o problemă primordială. Terapia ocupațională și ergoterapia vizează recuperarea complexă a vârstnicului, avându-se în vedere și alte situații specifice, particulare, cu care se confruntă acesta: anxietatea, dezorientarea, dependența. Anxietatea se datorează grijii persoanei în vârstă în privința securității existenței sale, fapt care generează o neliniște accentuată. Dezorientarea survine în urma deficiențelor de adaptare la exigențele și

schimbările mediului său de viață. Dependența exprimată printr-o atitudine pasivă raportată la activitățile de zi cu zi este urmare a pierderii inițiativei și conștientizării faptului că este un întreținut, uneori o povară.

Vârstnicul trebuie să fie supus permanent unui exercițiu critic, psihic și intelectual, angajarea lui în activități în cadrul unei terapii ocupaționale și “ergoterapii de susținere” fiind benefică pentru păstrarea autonomiei în ce privește activitățile zilnice și gestualitatea habituală. Tot mai mult câștigă teren ca metode cu eficiență probată și accesibile vârstnicilor, terapia ocupațională și ergoterapia.

Conceptul de recuperare în geriatrie implică aspecte complexe medico-biologice, psihologice și sociale, iar aceste metode kinetologice tind să se extindă în acest domeniu prin eficiența pe care o au din acest punct de vedere. Caracteristicile morfofuncționale și psihologice ale organismului vârstnicului impun exigențe particulare în privința metodologiei de aplicare a acestor metode. Întreaga activitate terapeutică în acest context trebuie orientată în funcție de următoarele principii:

- cunoașterea particularităților biologice, psihologice și de morbiditate ale vârstnicului stă la baza organizării, prescrierii și aplicării activităților de terapie ocupațională și ergoterapie;
- organizarea activităților se face în mod individualizat și este supravegheată îndeaproape de către echipa terapeutică pluridisciplinară;
- activitățile de terapie ocupațională și ergoterapie trebuie să fie recomandate cât mai curând posibil după îmbolnăvire simultan cu activitățile zilnice de autoservire și cele de kinetoterapie;
- recomandarea activităților practice trebuie corelată cu particularitățile deficienței generale și a celei speciale a pacientului, urmărindu-se efectul terapeutic al acestora;
- activitățile alese să respecte ideile și gusturile persoanei, experiența sa, fapt ce va susține motivația și reușita execuției pe un fond psihic favorabil;
- activitățile de ergoterapie nu trebuie să fie neapărat cele anterioare îmbolnăvirii pentru a nu crea sentimentul de nereușită, să nu fie prea grele pentru starea actuală a pacientului, dar nici puerile pentru a nu crea complexe de inferioritate;
- în alegerea activităților se va ține cont de particularitățile vârstei (uneori spiritul mai puțin ager, memoria alterată, înțelegerea mai greoaie, rezistența la efort mai mică);
- evitarea automatismului (reduce participarea voluntară), activitățile să aibă o succesiune logică, firească;
- în execuție nu se va trece brusc de la o activitate la alta pentru a nu dezorienta și diminua concentrarea asupra activității;

- aparatele, sculele, utilajele vor fi adaptate posibilităților de mânuire ale persoanelor, cu acordul și în prezența subiectului care devine astfel mai cooperant;
- factorii de ambianță fizică, psihică și socială să fie menținuți la un nivel corespunzător, pentru a susține capacitatea de muncă a pacientului.

Terapia ocupațională și ergoterapia au drept scop să ajute vârstnicul să-și mențină sau să-și recapete maximul de independență fizică, psihică și socială (C. Taneborne). Întregul complex de măsuri care vizează recuperarea vârstnicului urmărește prevenirea degradării sale fizice, psihice și sociale, să-i redea independența funcțională, demnitatea umană, să împiedice izolarea acestuia.

Terapia ocupațională și ergoterapia vizează:

- recuperarea motricității (completează terapia globală și kinetoterapia);
- reluarea activităților de zi cu zi pentru redobândirea autonomiei;
- o psihoterapie specială (geropsihologie) care conduce la o colaborare activă a vârstnicului în vederea acceptării unei activități rentabile sub aspect material dar care totodată combate apatia și deprimarea;
- socioterapia - munca în grup, în atelier, are efecte benefice în socializarea persoanelor în vârstă;

Obiectivele terapiei ocupaționale și ergoterapiei la vârstnici pot fi considerate:

- prevenirea și întârzierea proceselor de îmbătrânire;
- reantrenarea prin mijloace diverse, în condiții fiziologice, a funcțiilor diminuate sau pierdute;
- stimularea capacității de adaptare la noi situații;
- preîntâmpinarea desocializării (aspect legat de pensionare, scăderea performanțelor fizice și intelectuale cât și de bolile care survin);
- stimularea activității pe măsura posibilităților personale, în vederea distragerii atenției de la aspectele negative legate de fenomenul îmbătrânirii (singurătate, infirmitate, boală);
- restructurarea personalității care tinde să se diminueze.

Unii autori consideră că ergoterapia este mai puțin potrivită pentru vârstnici și că terapia ocupațională este forma de activitate cea mai indicată pentru această categorie de subiecți. Acest fapt se datorează posibilităților fizice reduse la această vârstă, la care sunt recomandate activități ușoare dar susținute, antrenante și recreative.

Ca particularitate metodică, tehnicile de ergoterapie pot fi împărțite în funcție de locul și momentul aplicării lor astfel: activități zilnice, munca în atelier, adaptări la domiciliul pacientului, activități în centrul de zi, activități distractive și ocupații utilitare.

Ocupația și munca, relațiile sociale și familiale, cu mediul înconjurător întrețin sănătatea, întrețin viața. Modul de viață activ, dinamic are o importanță deosebită în special pentru creier.

Din experiență se spune că persoanele care practică exercițiile fizice pot “întineri” cu 40 de ani, că o persoană “activă” la vârsta de 70 de ani poate arăta ca o persoană “neactivă” de 30 de ani.

Dintre activitățile recomandate în funcție de starea și posibilitățile fizice ale fiecărui vârstnic se recomandă:

- activități la pat - croșetatul, cusutul, confecționarea unor obiecte de artizanat;
- activități la sală - țesut, artă culinară;
- munca în sere de flori, în curți, grădini, parcuri;
- participarea la activități artistice, culturale, frecventarea cluburilor, cinematografelor, vizitarea muzeelor, sărbătorirea unor evenimente.

Conform terminologiei lui Reed (1980), procesul de ergoterapie este caracterizat de patru faze:

1. evaluarea formativă -care cuprinde toate demersurile ce aduc date despre subiect, ce concura la analiza informațiilor privitoare la subiect, obiectul tratamentului;
2. evaluarea planului de tratament – grupează toate obiectivele tratamentului precum și programul și tehnicile de tratament, genul de activități, cadrul spațiotemporal;
3. efectuarea tratamentului ergoterapeutic – înglobează aplicarea programului și cuprinde planificarea fiecărei secvențe, a fiecărei activități propuse.
4. evaluarea sumativă – se raportează la măsura efectelor terapiei și la eficacitatea terapiei.

Alegerea conținutului fazelor releva experiența clinică și pedagogică. Delimitarea fazelor ergoterapiei facilitează înțelegerea procesului de ergoterapie. Cele patru faze nu includ toate tipurile de acțiuni efectuate de ergoterapie. Una dintre cele mai importante etape o reprezintă procesul de evaluare. Atunci când un terapeut începe să lucreze pentru prima oară cu un pacient nou, acesta trebuie să creeze o înțelegere detaliată a situației atât cu pacientul cât și cu familia acestuia sau aparținătorii lui.

Stabilirea unei analize inițiale ajută terapeutul să înțeleagă nevoile și dorințele fiecărui pacient. În procesul de evaluare, terapeutul lucrează împreună cu pacientul și familia acestuia pentru a stabili anumite obiective necesare de atins pentru a aduce pacientul înapoi la un nivel optim de independență. După ce s-au stabilit obiectivele, terapia începe prin analizarea nivelului curent de mobilitate și prin întrebarea pacientului despre nivelul obișnuit de mobilitate din trecut. Adicional, terapeutul trebuie să ia în considerare și mediul în care se află pacientul atât acasă cât și în plan social.

Deoarece obiectul ergoterapiei este de a ajuta pacientul să-și recapete sau să-și adapteze stilul de viață către un anumit nivel de independență, este esențial ca terapeutul să aibă cunoștințe specifice despre planul fizic al camerelor din casa pacientului și a locațiilor frecventate. Este posibil ca un terapeut să efectueze o analiză a casei în care trăiește pacientul, luând în considerare

diferite parti din casa acestuia care ar trebui sa fie incluse in planul de strategie, parti cum ar fi scari, trepte ridicate, dulapuri inalte, etc. Planul fizic al casei va avea un impact semnificativ in alegerea tipurilor de functii alese si adaugate in planu de strategie.

Din procesul de evaluare face parte si intelegerea stilului de viata al pacientului. Terapeutul poate pune intrebari de genul – *“Unde mergeti de obicei in timpul zilei?”* sau *“Ce fel de activitati va place sa efectuati?”* De exemplu, daca pacientului ii place sa se duca la biserica, este important ca terapeutul sa stie ce fel de obstacole va intalni pacientul in drumul spre acea locatie si in interiorul ei, de exemplu, structura trotuarului, daca exista gropi sau denivelari, daca exista risc de alunecare, scaune joase sau uzate, etc.

In general, terapeutul vrea sa inteleaga cu ce se va confrunta pacientul in viata de zi cu zi, odata ce a fost externat. Daca nu se poate recapata independenta completa, terapeutul va evalua mediul si stilul de viata al pacientului si va determina metoda de adaptare cea mai corecta pentru a obtine nivelul cel mai ridicat de independenta posibil. De exemplu, acesta va cere ca scaunele sa fie mai inalte, ca dulapurile sa fie mai jos, schimbarea dormitorului de la etaj la parter pentru ca scarile sa nu mai fie folosite atat de des, etc.

Deoarece obiectivul terapiei ocupationale este de a intoarce pacientii inapoi acasa si la activitatile lor zilnice, exista anumite functii care sunt esentiale, cum ar fi imbaierea, imbracarea, gatitul, spalatul rufelor si alte sarcini zilnice. Adicional, ergoterapia poate restaura alte functii care reprezinta prioritati pentru fiecare pacient in parte, cum ar fi gradinaritul, dansul, desenatul, crosetatul. Relatia dintre terapeut si pacient este foarte importanta, deoarece terapeutul trebuie sa creeze o conexiune cu pacientul si sa il motiveze in efectuarea sarcinilor necesare.

Orice activitate trebuie luata in considerare pentru ca terapia ocupationala sa aiba succes. În alegerea unei activități cu caracter terapeutic trebuie să se aibă în vedere aspectele fizice, psihice, profesionale și sociale în relație cu particularitățile deficienței și personalității subiectului.

A) Aspectul fizic – mișcarea fiind un element principal în ameliorarea și/sau recuperarea funcției deficitare, vom avea în vedere :

1. amplitudinea, care trebuie să fie mai completa în articulația afectată, aceasta putându-se realiza prin poziția adoptată de bolnav prin reglarea anumitor aparate sau prin materialul folosit. În recuperare sunt implicate un întreg ansamblu de mijloace și aparate auxiliare pentru a menține permanent în poziția corectă membrele și coloana vertebrală.

2. rezistența la efort care poate fi dezvoltată prin folosirea unor materiale diverse, ca lemn, lina, sfoara, fie prin folosirea unor instrumente variate ca forma și greutate.

3. coordonarea mișcărilor prin mișcări vizând o parte sau totalitatea membrelor, pînă la mișcări de mare amplitudine (țesut, olărit) sau mișcări de finețe (desen, scris, claviatura).

4. repetiția în scopul echilibrării perioadelor de contracție și relaxare a mușchilor, pentru antrenarea funcției și evitarea oboselii.

B) Aspectul psihic – înfrângerea rezistenței opuse activității de către bolnav sau handicapat datorită modificării stării fizice, în urma unei perioade mai lung sau mai scurt de în activitate. În scopul executării de operații sau obiecte se va ține cont de opțiunile aptitudinale și starea lui mintală pentru a nu i se depăși capacitatea de efort.

C) Aspectul profesional – nu include ca o condiție absolută apelarea la fosta meserie a subiectului (muncitor, intelectual), preferând mai ales în stadiul inițial al recuperării alte activități, diferite de fosta lui meserie, apoi reluarea activității sale de bază. Rolul ergoterapiei este de a apela la gestualitatea legată de meserie avută, în scopul corectării deficienței motorii și psihice și parcurgerii progresive, naturale, libere a etapelor de încadrare în muncă. În cazul reorientării (reconversiei) profesionale, în atelier este un prilej de testare psiho-tehnică.

D) Aspectul social - reinscrierea socială a subiectului poate fi facilitată prin elemente și gesturi de autoservire, legate de viața zilnică, chiar și în cazul celor cu membre amputate, pentru pregătirea gestualității, în vederea protejării sau de adaptare la activități menajere, prin folosirea de ustensile și mobilier special cu elemente reglabile (setare cu mâner adecvate, veselă încasabilă, mese și scaune ușor accesibile, etc.)

Activitatea de recuperare este completată și de mijloacele auxiliare, realizate în ateliere de ergoterapie. Terapia ocupațională și ergoterapia ca metode de tratament prin ocupație și muncă, componente ale procesului complex de recuperare ce utilizează toate formele de activitate recreativă sau productivă prescrise de medic în scop terapeutic, sunt reglate ca mod de organizare prin “Normele tehnice privind organizarea activităților de ergoterapie în unitățile sanitare”.

Împreună cu kinetoterapia, hidroterapia, electroterapia, masoterapia, psihoterapia, ortezarea și protezarea, terapia educațională, logopedia, profesionalizarea sau reprofesionalizarea, terapia ocupațională și ergoterapia reprezintă forme de integrare în cadrul asistenței instituționale cu multiple aspecte profilactice, terapeutice, socio-familiale, culturale și economice.

Atenția factorilor de decizie și a celor medicali trebuie îndreptată spre organizarea acestei activități sub aspectul diversificării atelierelor, alegerea și dozarea metodelor, cât și a posibilității de a stabili unele gradații și eșalonări a muncii de la simplu la complex și invers. Organizarea activității în funcție de priorități sau metode are în vedere următoarele aspecte: studiul locurilor de muncă, a utilajelor, amplasarea în funcție de suprafața disponibilă și realizarea planurilor de muncă.

Acivitatea de ergoterapie se poate organiza atât pentru bolnavi internați în spitale, cât și pentru bolnavii ambulatori din staționare de zi, centrele de sănătate și centre de recuperare, etc.

Aceste activități se pot desfășura atât în saloanele de bolnavi cât și în ateliere profilate de diverse meserii sau în gospodării anexe sau ajutoare, în ultimele cazuri ele aplicându-se sub formă de tratament prin muncă. Atelierele și gospodăriile cu caracter exclusiv de ergoterapie se organizează și vor funcționa pe baza normelor legale care reglementează înființarea și organizarea gospodăriilor anexe de pe lângă instituții și întreprinderi, prin gospodării anexe înțelegându-se activități autofinanțate, adică ca unitate separată, cu plan de producție și plan funciar propriu, ale cărei produse se valorifică la prețul pieții.

Până în prezent, în țara noastră, nu putem vorbi de o fundamentare științifică, completă, bazată pe o experiență largă și îndelungată a care să constituie materialul de bază pentru elaborarea unei metode terapeutice individuale, strict dozate și dinamice. De aceea îndrumările au ca suport, în primul rând, literatura străină de specialitate.

Organizarea atelierelor de ergoterapie, prioritățile sau alegerea metodelor terapeutice pot impune activități variate. Cerințe pentru organizarea activităților de ergoterapie:

1. implementarea unei activități impune un anumit studiu al locurilor de muncă, utilajelor, planurilor de muncă și amplasare;
2. organizarea unei activități destinate copilului necesită planuri speciale pentru local și echipament;
3. atelierul în care se va recurge la tehnici de expresie (pictură, desen, păpuși, dans, etc.) va necesita anumite materiale și un anumit amplasament al mobilierului.

Organizarea muncii în atelierul de ergoterapie se referă la un ansamblu de măsuri ce au drept scop folosirea rațională atât d.p.d.v. al tratamentului medical cât și d.p.d.v. al posibilităților de realizare, a efortului prin ocupație și muncă al subiecților incluși în procesul de recuperare. Experiența internațională acumulată atestă faptul că **organizarea muncii în atelierele de ergoterapie** se referă la un ansamblu de măsuri ce au drept **scop folosirea rațională**, atât din punct de vedere al tratamentului medical, cât și din punct de vedere al posibilităților de realizare, **a efortului prin ocupație și muncă al bolnavilor incluși în procesul de recuperare.**

Ca forme de diviziune a muncii sunt de indicat:

- diviziunea muncii pe operații,
- diviziunea muncii pe obiecte și
- diviziunea muncii în funcție de calificare.

În prima formă, pacientul are *de executat numai o singură operație, sau un număr mic de operații asemănătoare, la un singur tip de mașină sau unealtă.* Aceasta este de natură să permită însușirea rapidă de către bolnav a deprinderilor necesare grăbirii recuperării sale, deprinderi care, totodată, îi vor fi de folos la viitorul loc de muncă, în momentul reintrării în producție. Diviziunea muncii pe obiecte presupune *repartizarea lucrărilor în funcție de posibilitățile fizice*

și intelectuale ale bolnavului, permițându-i astfel să deprindă în scurt timp un meșteșug folositor, sau să-și reia vechea ocupație. La diviziunea muncii pe calificări, pe lângă atributele avute în vedere la diviziunea muncii pe obiecte, se ține cont și de gradul de calificare al pacientului, anterior internării sale.

Organizarea muncii într-un atelier presupune ca o componentă importantă organizarea locului de muncă. Sub acest aspect trebuie să se țină seama de asigurarea factorilor de ambianță fizică, psihică și socială. Numai în condițiile unui microclimat și a unei ambianțe psihice și sociale corespunzătoare, capacitatea de muncă a bolnavului poate fi solicitată în limite fiziologice. Calitatea și cantitatea muncii depind de condițiile în care bolnavul este solicitat, ele constituind stimuli pozitivi sau negativi (iluminarea, cromatica, spațiul în sine, liniștea, condițiile igienice). Condițiile privind utilizarea depind de numărul de persoane incluse în activitate, sarcinile propuse pentru a fi rezolvate, tipul de handicap ce urmează a fi tratat și nu în ultimul rând de posibilitățile financiare.

Plasarea pacientului într-o anumită formă de activitate se face ținând cont de opțiunea acestuia, de posibilitățile lui prezente, de calificarea profesională, vechimea în muncă, debutul bolii, tipul de deficit, evoluția medicală obținută. Odată plasat conform acestor criterii obiective (fișa personală cu aceste date), pacientul va fi supravegheat în activitatea prestată de către ergoterapeut și psihoterapeut, fiind dirijat metodic până la obținerea unei autonomii în activitatea prestată și până la obținerea unor rezultate bune.

Ergonomia studiază permanent relația om-muncă, ameliorarea condițiilor de muncă fiind benefică atât în direcția adaptării muncii la om cât și a omului la munca sa. Condițiile ergonomice pentru persoanele cu handicap au în vedere adaptarea la situația fizică și psihică a acestora, fiind apropiate sau asemănătoare celor create pentru persoanele fără probleme de sănătate. Ergonomia este definită ca “studiul științific al relației dintre om și mediul său de muncă. În acest sens, mediul include nu numai mediul înconjurător în care lucrează, dar și sculele și materialele, metodele sale de lucru și organizarea activității sale, fie ca individ, fie ca membru al unui colectiv de muncă. Toate acestea sunt corelate cu natura omului înșăși, cu abilitatea, capacitatea și limitele sale” (K.F.H. Murrel).

Adaptarea muncii la om (la posibilitățile sale), înlăturarea cauzelor care conduc la un grad ridicat de oboseală, este cu atât mai importantă în situația persoanelor cu un potențial biologic redus, temporar sau definitiv. “Cunoașterea solicitărilor omului în muncă este necesară tuturor acelor care proiectează și construiesc instalații, utilaje, dispozitive, scule, cât și celor care conduc și organizează munca” (V. Anghelescu). Organizarea și utilizarea unui atelier de ergoterapie depinde de:

- sarcinile ce urmează să fie asumate,

- de numărul de persoane avute în vedere (bolnavi și terapeuți),
- de tipul de handicap ce urmează a fi tratat și
- de mijloacele financiare disponibile.

În funcție de dorințele și aptitudinile subiectului, acesta poate fi îndrumat spre un anumit atelier, urmărindu-se în permanență valorificarea potențialului fizic și/sau psihic restant cu acest scop, în fișa sa se vor înregistra: starea familială, pregătirea profesională, vechimea în muncă, debutul bolii, aprecierea tipului de deficit și observații referitoare la activitatea din atelier, modificările de randament, aprecieri asupra rezultatelor celorlalte metode de tratament.

Resocializarea bolnavului prin ateliere, secții bine organizate, depinde în mare măsură de microclimatul social în care subiectul are nu numai drepturi, dar și datorii și răspunderi concrete în cadrul grupului din care face parte. Laboratorul/atelierul de ergoterapie este un mijloc original de angajare a responsabilității bolnavului. Acest aspect al ergoterapiei, realizate în condiții de atelier, este considerat drept „faza prevocațională”.

Organizarea și utilizarea unui atelier de ergoterapie depinde de sarcinile ce urmează să fie asumate, de numărul de persoane avute în vedere (bolnavi, ergoterapeuți), de tipul de handicap și de mijloacele financiare disponibile. În accepțiunea lui Lois Pierquin, într-un atelier ar putea lucra 20-40 bolnavi și 1-3 ergoterapeuți.

Prin resocializarea bolnavului psihic și/sau fizic se pot obține mutații de randament în muncă, dezvoltarea celui existent și modificarea gradului de integrare în grup, pentru fiecare în parte sau pentru toți participanții laolaltă. Odată redobândit sentimentul participativ al subiectului reintegrat în activitatea de grup, rolul lui de coparticipant este supravegheat permanent de către ergoterapeut și psihoterapeut, bolnavul fiind dirijat metodic în activitatea de atelier până la obținerea celui mai bun rezultat dorit.

În zilele noastre, ergoterapia a ajuns să folosească în scopul reeducării, o mare varietate de procedee de la meserii tradiționale până la jocuri, activități cultural – distractive și sporturi, practicate în ateliere protejate sau nu, în saloane, la domiciliu sau în aer liber. Ele au drept scop structurarea unui ansamblu de măsuri care urmărește folosirea rațională a activităților enumerate, atât din punct de vedere al tratamentului medical, cât și din cel al posibilităților restante, în vederea recuperării subiecților.

Relația om – muncă constituie un obiect permanent de studiu al ergonomiei, întrucât preocuparea sporită pentru ameliorarea condițiilor de muncă are drept rezultat adaptarea muncii la om și adaptarea omului la munca sa. Regulile ergonomice aplicate la locurile de muncă contribuie substanțial la reinsertia subiectului deficient, condițiile create fiind apropiate sau asemănătoare celor puse la dispoziția persoanelor valide.

Natura activităților practice de terapie prin ocupație și muncă, va condiționa locul lor de desfășurare, mijloacele puse la dispoziție și amplasarea lor, programul de lucru, materialele, etc. Toate acestea pot varia, de la caz la caz, ele fiind diferite pentru o activitate sau alta, pentru o activitate destinată copilului sau vârstnicului.

Astfel, pentru subiecții cu afecțiuni psihice *atelierul va fi plasat într-o ambianță deosebită și originală, unde nimic nu amintește de terapeutica obișnuită. Zgomotele, culorile, amintesc aici mai curând de viața cotidiană, cu o atmosferă de lucru asemănătoare sălilor pentru petrecerea timpului liber. Materialele diverse ca lâna, hârtia, cartonul, ața, vopseaua, lemnul, lutul, etc., evocă subiectului activități care îi pot fi familiare.*

La subiecții cu afecțiuni neuromotorii, activitățile vor îngloba jocurile (activitățile ludice), exersarea gesturilor, modelarea lutului pe disc rotativ, pictură, desen, jocuri muzicale, modelarea plastilinei, etc.

La copii, vor predomina activitățile prin joacă și jocuri colective sau cu jucării, munci manuale adaptate, ca: lucrări din plastilină, desen, tricotat, croșetat, împletituri, confecții din hârtie sau carton, etc.

În legătură cu organizarea activităților de ergoterapie trebuie avute în vedere **unele cerințe**. Acestea sunt:

- Organizarea corespunzătoare a locului de desfășurare a ergoterapiei. Organizarea locului de desfășurare are o mare influență asupra dezvoltării activităților practice permise de gama posibilităților fizice și psihice ale subiecților. Amenajarea locului de muncă sau de joacă și folosirea unor mijloace și utilaje concepte ergonomic, asigură deficientului o bună dinamică psihofuncțională.

- Asigurarea factorilor corespunzători de ambianță.

Asigurarea acestora la un nivel corespunzător menține la un nivel optim capacitatea de muncă a pacientului. În decursul activității, bolnavul este supus unor solicitări fizice impuse de postura de muncă, cât și unor solicitări psihice, perceptiv, psihomotorii, ale atenției, afective și voliționale, solicitări care pot crește, prea mult, în intensitate dacă activitatea se desfășoară într-un mediu în care diverși factori ambientali sunt prezenți în mod necorespunzător: *suficiența luminii, direcția fluxului luminos, gradul de difuzare a luminii etc.*

Rolul culorii nu este numai de ordin decorativ și estetic, ci și de ordin fiziologic și psihologic. Culorile devin funcționale atunci când ambianța cromatică contribuie, prin efectul psihic și fiziologic, la crearea unei senzații de confort, la micșorarea oboselii vizuale și, în general, a celei fizice. Inexistența zgomotului contribuie, de asemenea, la o atmosferă optimă de lucru.

- Respectarea cerințelor și domeniile de aplicare a ergoterapiei. Cerințele atât de variate ale ergoterapiei trebuie să ducă la formarea de metode terapeutice variate și multiple. Astfel,

ergoterapia urmărește să realizeze un folos practic și estetic, adică o orientare spre frumos, util, plăcut și artactiv, ceea ce se poate realiza prin numeroase activități, numai cu condiția respectării cerințelor și domeniilor sale de aplicare.

- Cunoașterea și respectarea rolului atelierului de ergoterapie.

Rolul atelierului de ergoterapie, ca o componentă de orientare profesională, se concretizează în *ameliorarea prin ocupație și muncă a funcțiilor deteriorate, dezvoltarea unor compensații raționale*, acolo unde deficiențele par definitive, stabilirea unui bilanț al aptitudinilor gestuale, căutarea și stimularea aptitudinilor tehnice și motivațiilor, observarea comportamentului.

Acest rol completează, în primul rând, *obiectivul general al activităților de ergoterapie*, care constă în *a solicita și a obține*, cât mai curând posibil, **colaborarea activă a bolnavului**, pentru ca din proprie convingere, prin efortul personal, prin voința și interesul său, acesta să reușească să răspundă cerințelor vieții normale independente și să fie redat societății.

În al doilea rând, activitatea atelierului de ergoterapie *contribuie la realizarea aspectului economic*, consecință a scurtării perioadei de incapacitate de muncă, duce uneori la obținerea unor câștiguri prin muncă, la economii de ajutoare medicale și pensii pentru invaliditate.

Una din cele mai importante și dificile probleme ale ergoterapiei este impulsivitatea spre o activitate folositoare a bolnavilor psihici. Boala psihică pune în discuție, cu precădere un grad de incapacități fizice, incapacitatea privind integrarea utilă în mediul social și în procesul muncii. Incluziunea în procesul ergoterapeutic normalizează relațiile dintre bolnavi, stimulează pe cei inactivi, împiedică dezvoltarea stării agresive sau vegetative pasivă, duce la coordonarea, cât de cât, a gesturilor, reflexelor, vorbirii, echilibrează afectivitatea, stimulează memoria, voința, activitatea.

Bolnavul psihic lăsat în stare pasivă, la discreția unei mentalități de neîncredere în posibilitățile de redresare umană prin folosirea capacităților sale de energie restantă, degradează fizic și spiritual, rămâne condamnat la orizontalizarea pe patul său de suferință. Scopul principal al participării acestor bolnavi la activități de ergoterapie este resocializarea, munca în colectiv și folosirea meseriilor accesibile. Caracterul colectiv al muncii permite confruntarea rezultatelor individuale între bolnavi, cultivă sentimente și comportamente de reintegrare socială, aprecierea celor ce se disting în munca are caracter stimulator.

Constituirea unui program de lucru adresat pacienților cu dereglări psihice este condiționată de starea bolnavului și de o atitudine care să nu lase impresia că i se impune ceva. Alegerea activităților trebuie să ofere satisfacția reușitei. Pentru grupul menționat de pacienți se recomandă cultura plantelor, floricultura, grădinaritul, la bolnavii psihici acuți terapia prin munca se face la nivelul salonului. După o anumită perioadă de ergoterapie, bolnavii pot fi îndrumați spre: ateliere protejate sau de muncă la domiciliu, staționarul de zi.

În neurologie ergoterapia este un bun mijloc de mărire a potențialului funcțional pentru o serie de bolnavi cu deficiențe motorii, datorită unor leziuni periferice sau centrale, cu tulburări de coordonare de pe urma cărora bolnavul a rămas cu un deficit funcțional. Se abordează următoarele practici: fizioterapie, cultura fizica medicală, terapie ocupațională, ergoterapie, kineterapie.

E de menționat, că activitățile de ergoterapie nu neaga handicapul existent, dar se încearcă punerea în valoare a capacităților fizice și mintale restante ceea ce determină ca handicapul să fie mai puțin pronunțat. Pacienții cu tulburări mintale necesită o succesiune de terapii, asigurate pe perioade lungi de timp. Condiția este ca ajutorul să survină cât mai devreme și de o maniera cât mai direct posibilă.

Personalul de specialitate în ergoterapie trebuie să dovedească o temeinică stăpânire a celor două orientări de baza a T.O., legate de psihologie și recuperare motorie. Până în 1990 au existat în țara noastră unități medicale care au dispus de ateliere în care se desfășurau activități de ergoterapie. Dar activitatea de ergoterapie nu trebuie să se desfășoare oricum, nu trebuie condusă de oricine, ea trebuie supervizată de un corp de specialiști profesioniști, calificați și antrenați în acest scop, pentru a se aplica corect indicațiile medicului pentru ergoterapie, pentru ca ea să-și atingă scopurile propuse. La nivel național, lipsa de personal calificat se simte acut, cu atât mai mult cu cât nu există nici forme de pregătire, formare, reciclare, specializare, bine organizate și structurate.

De aici și apar o serie de inconveniente pentru activitatea de ergoterapie:

- inconsistența noțiunii de ergoterapie, ea fiind confundată de personalul mediu și auxiliar cu muncile gospodărești de întreținere sau producție, nu de puține ori peste puterile bolnavilor, lipsite de conținutul medical al acestei noțiuni.
- abordarea ergoterapiei comportă diverse țeluri și modalități, o succesiune, o dozare treptat crescândă, o adaptare la natura și stadiul afecțiunii. Atacarea la întâmplare a necesității omului de a presta o activitate, poate face mai mult rău decât bine.

GENERALITĂȚI

Realizarea competentă a sarcinilor și obiectivelor terapiei ocupaționale și ergoterapiei necesită cadre cu experiență în aceste activități. În Danemarca, de exemplu, sunt prevăzute cursuri de 3 ani (din care un an de pregătire teoretică într-un colegiu și doi ani de muncă de teren în instituții de „special care”) pentru personalul mediu ce urmează să lucreze în instituțiile de „recuperare și îngrijire a handicapaților”. La sfârșitul anului de pregătire teoretică se susțin examene la: *asistență socială, psihiatrie, pedagogie, știința handicapărilor și a maladiilor, cât și*

examene practice de pregătire manuală, *pentru ca un cursant să fie în stare să asigure pacientului o ocupație – meserie corespunzătoare condiției acestuia.*

La momentul actualei situații economice și sociale este tot mai mult evidentă modificarea opticii individului suferind față de munca prescrisă în scop medical, cât și existența unui personal special pregătit și perfecționat în scopul atingerii obiectivelor propuse. Pentru asigurarea unui personal special pregătit și perfecționat în acest domeniu există următoarele posibilități:

- organizarea de cursuri de scurtă durată;
- organizarea de cursuri de lungă durată.

Cursuri de scurtă durată formează instructori de ergoterapie, care pot lucra sub directă îndrumare a medicilor, kinetoterapeuților, terapeuților ocupaționali sau ergoterapeuților formați prin cursuri de lungă durată. Exemple de astfel de cursuri de scurtă durată care s-au propus a fi organizate sunt:

1. cursuri de formare în ergoterapie, cu durata de 4 săptămâni;
2. cursuri de competență în același domeniu, cu durata de 6 luni, pentru cei care provin din alte sectoare de activitate, altele decât cel sanitar sau de asistență socială;
3. cursuri sub formă de studii și stagii în unități medicale.

Cursuri de lungă durată - stau la baza formării și perfecționării cadrelor de specialitate în domeniu în majoritatea țărilor. În Canada există o universitate de terapie ocupațională și ergoterapie. În Olanda, în cadrul Școlii superioare ființează „Departament de terapie ocupațională și ergoterapie”. În SUA, la Universitatea Boston, pentru a deveni ergoterapeut li se cere studenților o practică de cel puțin un an în unități sanitare și de protecție socială. În Israel, în cadrul Facultății de Medicină există un „Departament de terapie ocupațională – ergoterapie”. În Anglia și Germania, învățământul de terapie ocupațională/ergoterapie durează 3 ani. În România și Moldova este în învățământul superior specialitatea de kinetoterapie, care asigură pregătirea corespunzătoare a viitorilor specialiști în domeniu.

Urmărind conținutul programelor care asigură formarea ergoterapeuților în alte țări, cunoscând exigențele cărora trebuie să-le răspundă specialiștii în domeniu pentru a asigura atingerea obiectivelor urmărite și adaptând toate acestea la condițiile țării noastre, în mare parte conținutul pregătirii se axează pe următoarele aspecte:

- Studiul omului atât la nivel somatic (anatomic, fiziologic), precum și psihic și intelectual (dezvoltare psihomotorie, funcții mentale, viața de relație și comunicarea). Această informare trebuie completată printr-o formare care să permită viitorului ergoterapeut să-și dezvolte capacitățile, să stabilească o relație cu aproapele și să-și înțeleagă și să folosească propriile aptitudini;
- Studiul omului în activitate;

- Cunoașterea componentelor kinetice și biomecanice ale diverselor activități;
- Învățarea și antrenarea tehnicilor profesionale, care să permită studentului să dobândească competența practică și să experimenteze punerile în situație în vederea aplicării în viitoarea activitate;
- Studiul diferitelor patologii și handicapuri, atât fizice, cât și mentale;
- Învățarea și antrenarea în tehnicile de îngrijire și reeducare pe care le presupune metoda;
- Învățarea și antrenarea în tehnicile de readaptare și reinsertie, ceea ce necesită studierea persoanei handicapate în mediul său; în legătură cu acest lucru, studentul va fi instruit în vederea cunoașterii și folosirii aparatului, ca și în conceperea și confecționarea aparatului ajutătoare (orteze, ajutor tehnic).

Toate acestea se derulează sub forma cursurilor teoretice și activităților practice, formarea completându-se cu stagiile clinice. Formarea temeinică a ergoterapeutului reiese din rolurile atribuite:

- *a transpune în practică indicațiile medicului curant privind tipul de activitate ce urmează a fi executat de fiecare pacient în parte,*
- *de a stabili, din punct de vedere practic, impotența funcțională,*
- *de a selecta, aplica, adapta corect ocupațiile terapeutice,*
- *de a urmări, îndruma și corecta desfășurarea actului terapeutic.*

Locul ergoterapeutului este bine stabilit în cadrul echipei inter/multidisciplinare care se ocupă de recuperarea pacienților, el participând la bilanțurile inițiale și la luarea hotărârilor în ceea ce privește alcătuirea, aplicarea, desfășurarea, progresia întregului program de recuperare, pe parcursul tuturor etapelor, până la recuperarea integrală a deficitelor și până la reintegrarea socială și profesională a pacientului.

Atribuțiile ergoterapeutului și cerințele privind activitatea sa le putem rezuma la:

- să posede o înaltă calificare, o bună pregătire tehnică în tehnicile aplicative care se pot folosi în procesul terapeutic (aptitudini practice de artizanat, de utilizare a artelor vizuale, calități pedagogice, cunoașterea normelor de protecție a muncii);
- să posede cunoștințe temeinice anatomo-fiziologice, patologice, pedagogice, psihologice;
- să posede o formare manuală, pentru a fi în măsură să indice modul de utilizare a gesturilor derivate din diverse ocupații;

- să cunoască regulile de protecție a muncii, mai ales având în vedere că se lucrează în alte condiții decât cu persoane valide;
- să posede reale aptitudini de stabilire a relației terapeut – pacient, de cunoaștere și înțelegere a acestuia, acestea fiind de cele mai multe ori condiții de bază în asigurarea reușitei;
- să cunoască și să înțeleagă boala și psihicul pacientului, lumea lui interioară să fie capabil de a stabili relația optimă cu fiecare pacient sau cu grupul de muncă pentru a organiza și dirija atenția subiectului și a îndruma comportamentul lui;
- să aibă un bun spirit de observație pentru a studia abilitatea, îndemânarea, deprinderile, comportamentul, reacțiile pacientului, în funcție de aceste observații reglând și adaptând actul terapeutic;
- să aibă simț estetic, calități artistice, bun gust, pentru a insufla pacienților dorința de a crea obiecte atrăgătoare, lucruri de calitate;
- să aibă cunoștințe în ceea ce privește posibilitățile de dozare a duratei ședințelor de lucru în funcție de indicațiile medicului, a efortului în cadrul acestui domeniu, de alternare a activității cu odihna, pentru a nu suprasolicita pacienții, dar pentru ca activitatea respectivă să-și atingă scopul propus;
- să-și supravegheze, în permanență activitatea pacienților;
- să coreleze ocupațiile și activitățile cu cele care se desfășoară în cadrul altor programe de recuperare (kinetoterapie, psihoterapie, etc.),
- în cazul afecțiunilor psihice, ergoterapeutul nu-și va impune opunea, ci va lăsa subiectul să-și aleagă ce dorește, dacă alegerea este justificată de posibilitățile fizice și psihice ale acestuia;

Ergoterapeutul nu se substituie altor specialiști de recuperare, el contribuind, prin experiența sa, la perfecționarea tehnicilor ergoterapice; prin activitatea sa practică, în rezultatul observațiilor sale îndelungate, a rezultatelor obținute el contribuie la recuperarea subiectului și la unele perfecționări în domeniul activităților de ergoterapie. În consecință, recuperarea fizică, motrică, psihică, socială, profesională contribuie la integrarea și reinsertia socială a beneficiarului.

SURSE BIBLIOGRAFICE

Cadrul normativ:

1. Legea asistenței sociale nr. 547-XV din 25.12.2003. Monitorul Oficial al Republicii Moldova nr.42-44/249 din 12.03.2004.
2. Legea nr. 123 din 18.06.2010 cu privire la serviciile sociale. Monitorul Oficial nr.155-158/541 din 03.09.2010.
3. Legea nr. 129 din 08.06.2012 privind acreditarea prestatorilor de servicii sociale. Monitorul Oficial nr.181-184/593 din 31.08.2012.

Suporturi de curs universitar:

4. Stratan V. *Ergoterapia*. Curs universitar. UPSC "I. Creangă". CHIȘINĂU, 2023.- 52 p.

Literatură de specialitate:

5. Mârza D. *Ergoterapie - note de curs*. Ed. Universității Bacău, 1997.
6. Pașca Maria Dorina. *Terapii ocupaționale și arte combinate: repere creative*. Târgu-Mureș: University Press, 2016.
7. Prițcan V., Boderscova L., Chihai J. *Terapie ocupațională și reabilitare psihosocială. Suport de curs*. Bălți, 2008.
8. Popescu Al. *Terapie ocupațională și ergoterapie*. vol. I, Ed. Cerna, București, 1993.
9. *Tehnici de lucru prin arte combinate*. Fundația de Sprijin Comunitar Bacău. Ed. Egal. Bacău, 2009
10. Zăvăleanu Mihaela. *Terapie ocupațională*. - Craiova: Universitaria, 2016

Literatură de specialitate (opțional):

11. Perquin L. și colab. *Ergothérapie*. Ed. Masson. Paris, 1980.
12. Popescu Al. *Ergoterapia*. Editura medicală, București, 1975.
13. Taneborne C. *Ergoterapia în geriatrie*. *Médecine et Hygiène* // nr. 1446, 1981.
14. UNITER. *Terapie socială pentru teatru*. Ed. Axa, București, 1996
http://www.sfatulmedicului.ro/Terapii-complementare/terapia-ocupationala_7590